Anno XXVII · Roma, 19 luglio 1920 · Fasc. 29.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DI PATOLOGIA MEDICA DIMOSTRATIVA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI CATANIA
diretto dal prof. MAURIZIO ASCOLI.

Saggi farmacodinamici sottoepidermici (1)

pei professori MAURIZIO ASCOLI ed A. FAGIUOLI

A) **Saggi indiretti.**

PROVA DELLA TIROIDINA.

Ovvio si presentava il tentativo di battere per la tiroide la via seguita nelle note precedenti (2), (3); *a priori* meno promettente, date la impurità e la imperfetta nostra conoscenza del suo principio attivo.

La risposta ad un'iniezione sottoepidermica (s. e.) di estratto di tiroide differisce da quella dell'acqua per maggiore estensione della papula ed intensità e durata del colorito roseo. Ancor qui la reazione è individualmente varia, or più vivace e durevole, ora smorzata fino a confondersi con la reazione di controllo del-

(1) Note presentate alla R. Accademia dei Lincei, marzo 1920.

(2) M. ASCOLI ed A. FAGIUOLI. R. Accademia dei Lincei, vol. 28, serie V, 1° semestre, fascicolo 12.

(3) M. ASCOLI ed A. FAGIUOLI: *Prova della pituitrina*, in *Pathologica*, 1919, n. 259.

l'acqua. Senonchè un quadro identico è offerto da altri estratti, ad es. di ovaio, di timo, di testicolo, provati contemporaneamente in uno stesso soggetto. Il problema non appare dunque solubile per via semplice e diretta; è possibile aggirarlo con saggi farmacodinamici s. e. *indiretti?*

Tra le varie ghiandole a secrezione interna corrono strette relazioni di interdipendenza, di sinergia, di antagonismo. Per quanto riguarda l'adrenalina e la pituitrina disponiamo, nelle reazioni descritte, di un mezzo per valutare la suscettibilità cutanea individuale a questi principî attivi. Gli estratti di altre ghiandole non danno, come sopra detto, risposta propria particolare; ora sono essi capaci di influenzare la reazione s. e. dell'adrenalina, esaltandola od attenuandola? Forse che a questo modo si estrinseca la sensibilità dell'organismo verso di esse e diventa apprezzabile? In altri termini, nella fattispecie, l'aggiunta di estratto tiroideo in quantità minima, di per sè inerte, modifica nel senso di ridurre o rinforzare (come nelle ricerche sul ricambio del Falta o sull'apparato circolatorio di A. Oswald con la tireoglobulina) l'effetto s. e. dell'adrenalina?

L'esperimento ha risposto affermativamente in determinati stati patologici, non già in condizioni normali (4). Un dato soggetto, ad es., reagisce ancora distintamente all'adrenalina al 200.000, debolmente ancora al 1.000.000; se queste diluzioni sono preparate in modo da contenere una minima quantità (1/100, 1/200 di cmc.) di estratto di tiroide (5) — che allungato così, non provoca reazione diversa dall'acqua dist. — la *reazione adrenalinica riesce distintamente* — con gradazioni d'intensità varie da caso a caso — *più viva che nelle prove parallele senza estratto di tiroide*, e si mantiene più a lungo; spesso anche la macchia rossa centrale è più pronunziata. Analoga attivazione può aversi per la pituitrina e sussistere anche indipendentemente da quella dell'adrenalina (6).

Gli estratti di altre ghiandole endocrine sembrano invece capaci di smorzare la reazione dell'adrenalina; ma su ciò ci riserviamo di ritornare, come avremo occasione di intrattenerci sul significato clinico di questi saggi s. e. indiretti, nella veste della prova della tiroidina.

B) **La reazione edematogena.**

Una serie ulteriore di saggi farmacodinamici sottoepidermici (s. e.) riguarda alcuni alcaloidi: atropina, pilocarpina, muscarina, fisostigmina, morfina, eserina, nicotina, cocaina, scopolamina. Queste varie sostanze offrono tutte una reazione cutanea dello stesso tipo e precisamente *edematogena*.

Diamo come paradigma quella dell'atropina.

L'iniezione s. e. di 0.05 cmc. di una soluzione al millesimo di solfato di atropina determina in primo tempo un quadro identico a quello da noi indicato per l'acqua. Dopo alcuni minuti invece il ponfo va acquistando maggiore ampiezza fino a raggiungere un diametro circa tre volte maggiore, mentre il suo colorito roseo spesso si accentua e diventa rosso scarlatto. La reazione si mantiene per circa un'ora, dopodichè regredisce, con maggiore lentezza di quella dell'adrenalina. Adoperando soluzioni più concentrate l'ingrandimento del ponfo raggiunge proporzioni sempre più considerevoli e l'alone rosso intorno alla zona rilevata si distingue per una maggiore ampiezza ed intensità di colorito; con soluzioni più diluite (1/10.000) la reazione non differisce da quella di controllo con l'acqua.

Quanto alla pilocarpina è da notare che spesso la reazione si manifesta oltrechè con la reazione edematogena descritta, anche con secrezione sudorale sia in corrispondenza della zona edematosa che dell'alone periferico; la sudorazione è così abbondante da apprezzarsi non solo al tatto, ma da rendersi visibile con l'apparizione di minute goccioline.

---

(4) Presumiamo che l'assenza del fenomeno nello stato normale dipenda dal contenuto relativamente insufficiente di sostanze attive negli estratti totali di tiroide da noi usati; però il risultato non varia ove si usi la tireoglobulina dell'Oswald.

(5) Gli estratti da noi adoperati sono al 25 % in soluzione fisiologica ottenuti da tiroidi di bovini alla pressione di 350-400 atmosfere per cmq.; contengono il ½ % di cloretone; filtrati a candela e distribuiti in fialette sterilizzate. Ne andiamo debitori all'Istituto Nazionale medico-farmacologico che si prestò a prepararli per noi a scopo scientifico.

(6) Abbiamo già ripetutamente insistito sulla necessità che la iniezione sia nettamente superficiale, sottoepidermica. Tanto più necessaria è questa condizione nella prova della tiroidina, trattandosi di porre a confronto solo differenze d'*intensità* di reazioni dello stesso tipo, che possono essere artificialmente imitate da iniezioni della stessa sostanza a diversa profondità. Per mettersi al riparo da questa causa di errore e cogliere scarti anche modesti si può praticare il saggio in doppia o tripla prova parallela, e ritenerlo positivo sol quando il risultato sia netto e concorde e la differenza senza incertezza apprezzabile da osservatori estranei alla esecuzione dei saggi.

Se il tipo di reazione è identico per i singoli alcaloidi indicati, diverse sono invece le diluzioni atte a produrla, che sono, approssimativamente, le seguenti: atropina 1 ‰, pilocarpina, colina 1 %, muscarina 1/50-1 %, fisostigmina 1/200, morfina 1/500, nicotina 1/50, eserina 1/200, cocaina 1/25--1/50 scopolamina 1/200.

Crediamo opportuno accennare ancora che la colina (1 %), l'imidazoliletilamina (cloridrato 1/50,000) del pari che i peptoni Roche, Witte e le albumose offrono pure una reazione s. e. a tipo edematogeno del tutto analoga a quella ora descritta per gli alcaloidi.

Con l'atropina e la pilocarpina abbiamo istituito una serie di prove parallele di sensibilità s. e. e s. c. in condizioni normali ed in condizioni patologiche. In 10 soggetti nei quali la iniezione s. c. di 1/2-1 mg. di atropina e di 1/2-1 cg. di pilocarpina diede luogo a fenomeni reattivi generali nulli o scarsi, la prova s. e. alle due sostanze si mostrò oscillante entro i limiti normali. In un caso di sifilide polmonare (infiltrazione diffusa su quasi tutto l'ambito sinistro, fenomeni vasomotorî spiccati, bassissima pressione arteriosa - 70 mm. Hg. Riva Rocci), nel quale le iniezioni s. c. all'atropina ed alla pilocarpina non furono seguite da speciali disturbi, si notò una spiccata reazione s. e. all'atropina in diluizione al diecimila e normoreazione alla pilocarpina. In altro soggetto affetto da asma bronchiale alla spiccata reazione generale che seguì alla iniezione s. c. di 0,5 mg. di atropina (tachicardia, cefalea, secchezza alle fauci, vertigini, comparsa del riflesso oculo-cardiaco e del polso irregolare respiratorio preesistenti), corrispose una esaltata reazione s. e., ben manifesta con soluzioni di atropina al diecimila.

ISTITUTO DI PATOLOGIA SPEC. MEDICA DIMOSTRATIVA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
diretto dal Prof. A. ZERI.

Antiemolisine ed emolisine nelle urine.

Nota preventiva per LUIGI CONDORELLI,
studente in med., alunno interno.

Amati (1) nel suo lavoro intitolato « Emolisi urinaria », dopo aver riassunto la letteratura sull'argomento espone il suo contributo di esperienze personali sulla questione. Egli in seguito alle sue ricerche crede di aver dimostrato:

1° Che le urine normali, qualunque sia il loro peso specifico e la loro concentrazione molecolare, abbiano un coefficiente uro-emolitico costante, chiamando *coefficiente uro-emolitico* il titolo di diluizione in acqua distillata, che bisogna dare all'urina perchè questa diventi emolitica;

2° Che il coefficiente uro-emolitico per le urine normali si aggiri intorno ad 1 : 6;

3° Che nelle urine dei nefritici e dei carcinomatosi, questo coefficiente sia sempre notevolmente aumentato (fino al valore di 6 :1). L'Amati, per spiegare ciò sospetta la presenza, nelle urine normali, di un'antiemolisina, ma non ne vede dimostrata chiaramente l'esistenza dalle esperienze del Verdozzi. Infine l'Amati non sa se attribuire l'aumento del coefficiente, nelle urine dei nefritici e dei carcinomatosi, alla diminuizione della intravista antiemolisina, o alla presenza di una sostanza emolitica.

Espongo qui succintamente i risultati più salienti delle mie ricerche sull'argomento, riservandomi di esporre dettagliatamente in una memoria le esperienze eseguite:

1° Esiste *costantemente* nelle urine normali una sostanza entiemolitica, che ho potuto isolare in molteplici modi, che ha la proprietà di essere sciolta dai solventi dei lipoidi e dei grassi, specialmente dal cloroformio, e di essere trascinata dal carbone animale, o da tutte le sostanze capaci di produrre nelle urine un fine precipitato;

2° Questa sostanza (un lipoide con ogni probabilità) ha azione antiemolitica *solo sulle emazie umane;*

3° Le urine normali inibiscono l'emolisi:

a) per la loro concentrazione molecolare;

b) per la presenza dell'antiemolisina, che conferisce ai globuli rossi umani una resistenza maggiore;

4° Il così detto coefficiente uro-emolitico, nelle urine normali non è affato costante; giacchè, se è costante la quantità di antiemolisina urinaria, viceversa non è assolutamente costante l'eliminazione dei sali minerali, specialmente dei cloruri, i quali variano anche nello stesso individuo, a seconda della dieta cui è sottoposto e a seconda delle ore del giorno;

5° La sostanza antiemolitica, fisiologicamente, non è emessa nelle stesse proporzioni nelle diverse minzioni, quindi è necessario lavorare sempre su campioni di urine delle 24 ore;

6° L'unico mezzo semplice, e scrupolosamente esatto per giudicare il potere antiemolitico di una urina, è quello d paragonare il potere antiemolitico dell'urina stessa, prima e dopo l'estrazione dell'antiemolisina (estrazione naturalmente fatta in modo da non alterare per nulla la concentrazione molecolare dell'urina.

---

(1) ALFREDO AMATI: *Emolisi urinaria.* — Napoli, Bonelli.

A tal uopo io adopero del carbone animale *purissimo* e *completamente sgrassato* (2).

7° Nei nefritici l'antiemolisina può essere:

a) notevolmente diminuita;

b) del tutto assente;

c) alterata nella sua natura, in modo da dare solo un'inibizione temporanea.

(Queste variazioni si osservano anche quando nell'urina si rinvengono quantità minime d'albumina);

8° Nell'urina dei nefritici cronici, quelli specialmente in preda ad attacchi uremici, si *può* notare la presenza di una sostanza emolitica e la contemporanea assenza dell'antiemolitica;

9° Nelle nefriti acute può la sostanza antiemolitica essere normale e per quantità, e per qualità;

10° Nei carcinomatosi, tenendo il debito conto della concentrazione molecolare dell'urina, mai ho potuto riscontrare, in numerosi casi finora esaminati, un coefficiente uro-emolitico abnormemente alto, nè una quantità di emolisina notevolmente diminuita, astrazione fatta di quei casi in cui gli infermi erano in preda a grave cachessia, o di quelli che avevano concomitanti lesioni renali;

11° Risulta chiaro da ciò che abbiamo esposto, come il così detto coefficiente uro-emolitico non sia l'espressione genuina della quantità dell'antiemolisina urinaria; che servendoci di esso possiamo incorrere in gravi errori; che quindi esso deve essere abbandonato.

Mi riserbo di chiarire, nella memoria, la genesi e la funzione fisiologica dell'antiemolisina.

---

(2) Per la determinazione del potere antiemolitico di un'urina seguo la seguente tecnica: tratto un campione di un'urina delle 24 ore con abbondante carbone animale, attendo un'ora e filtro; dispongo poi due serie di tubi: nella prima serie metto delle diluizioni crescenti (5+1 — 4+2 — 3+3 — 2+4 — 1 ½+4 ½ — 1'+4—1+5) di orina, in acqua distillata; nella seconda serie le stesse diluizioni dell'urina previamente trattata con carbone animale; aggiungo una goccia di sangue per tubo e metto in *luogo fresco;* lettura dei risultati dopo un'ora e dopo 24 ore. Dal paragone tra la prima serie e la seconda scaturisce la quantità di antiemolisina ed eventualmente di emolisina esistente nell'urina.

RIVISTE SINTETICHE.

OSPEDALE CIVILE V. EMANUELE II DI AMANDOLA.

La torsione del grande omento.

Dott. RANIERO CINAGLIA, chirurgo primario e direttore.

Un caso di torsione del peduncolo di una cisti ovarica, osservato in questi ultimi tempi e in cui tra le probabilità diagnostiche pensai anche alla torsione dell'omento, mi induce a tornare su questo argomento ricordandone l'etiologia, l'anatomia patologica e la patogenesi, la sintomatologia, la diagnosi, la prognosi e la cura.

Accenno solo alla cisti ovarica, operata con felice risultato, perchè, come ho detto, mi è servita di spinta alla presente memoria, la quale ha per scopo di portare un modesto contributo alla conoscenza della torsione del grande omento. E credo di non fare opera del tutto inutile perchè invano si cerca una descrizione, se non completa almeno sufficiente, di tale forma morbosa anche nei trattati più recenti e perchè la rarità della malattia non legittima le scarse nozioni che da questi è dato di apprendere.

Etiologia. — La conoscenza e lo studio della torsione del grande omento rimontano appena a pochi anni addietro. La prima osservazione clinica si deve all'Oberst, che la pubblicò nel 1882. Nel 1893 il Demons ne pubblicò il secondo caso. In seguito ne riferirono altri casi Wiener, Baracz, Peck, Hochenegg, Lucas-Championnière, Lejars, Potherat, Walther, Chavannaz, Hertz, Bender, Souligoux, Deschamps, Vignard, Giraudeau. Dopo sono comparse successivamente una tesi di Roche (1905), una memoria di Riedel (1905), una di Pretzch (1906) e una di Smythe (1906).

Comunque, i casi riferiti, sono ancora pochi. Il Pretzch non ne riuniva che 44, più tardi l'Adler 52 e Lejars 66. Altri casi sono stati pubblicati più recentemente dal Caminiti-Vinci (1908), dall'Arcoleo (1909) ed uno da me nel 1913 (*Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, n. 83).

La torsione del grande epiploon sembra più frequente negli uomini che nelle donne. Ma ciò non deve ritenersi in modo così costante ed assoluto come proverebbero le cifre del Roche, il quale su 29 casi trovò che 24 volte si trattava di uomini e solo 5 volte di donne.

L'età, in cui più spesso si è osservata, è da 20 a 40 anni: il Broca ne riferisce un caso in un fanciullo.

Gli sforzi, i traumi addominali, i movimenti violenti e bruschi sono spesso incolpati come cause determinanti la torsione, la quale altre volte non si sa mettere in relazione con alcuna causa apprezzabile.

Anatomia patologica e patogenesi. — L'epiploon al di sotto della torsione si mostra aumentato di volume e di peso (nel caso di Baracz pesava 1 kg.; in quello di Lucas-Championnière 600 gr.; in quello di Lapeyre 460 gr.), con i vasi sanguigni dilatati, turgidi, trombizzati.

Presto si stabiliscono aderenze tra l'epiploon e il sacco erniario quando la torsione avviene in questo, o tra l'epiploon e gli organi e le pareti addominali, in caso di torsione intra-addominale.

Talora per fatti reattivi peritoneali si può riscontrare, nell'addome o nel sacco dell'ernia, essudato sieroso o siero-ematico.

Il numero dei giri di torsione è vario.

Il penduncolo può esser corto o lungo parecchi centimetri.

La torsione può avvenire o in vicinanza del colon trasverso (Peck, Hochenegg, Lucas-Championnière, Lejars, Potherat, Monseo, Vignard, Tuffier, e nel caso mio), o nella parte media dell'omento (Malherbe, Lepeyre), o nell'estremo inferiore (Oberst, Monod, Arcoleo). Talora la torsione avviene in due punti diversi, in vicinanza del colon trasverso e in vicinanza del margine inferiore dell'omento (Demons, Bager, Baracz, Walther).

Nell'epiploon, oltre le alterazioni suddette, esistono quasi costantemente le note dell'epiploite sclerotica, la quale deve ritenersi come una delle cause patogenetiche più frequenti della torsione. Essa infatti determina degli ispessimenti, dei cordoni fibrosi più o meno numerosi, variamente disposti nello spessore dell'epiploon, che, intrecciandosi e attorcigliandosi fra loro, fanno torcere l'epiploon stesso. Altre volte l'epiploite cronica dà luogo alla formazione di ammassi più o meno voluminosi nello spessore o nel margine libero dell'epiploon, i quali per il loro peso e per le aderenze, che possono contrarre cogli organi vicini, deformano, stirano l'epiploon e ne favoriscono la torsione.

Talora nell'omento ritorto esistevano una o più cisti idetidee, come nel caso del Tuffier e del Broca, le quali agiscono nello stesso modo dei nodi di epiploite nel determinare la torsione.

Non è quindi da meravigliare se la torsione dell'omento si sia verificata nella gran maggioranza dei casi in individui affetti da ernia, per la facilità con cui questa determina fatti di epiploite cronica, e in quelli con cisti o tumori omentali.

Un'altra causa predisponente alla torsione dell'omento va ricercata nelle aderenze che l'estremo libero di esso può avere con il sacco erniario o con le pareti e gli organi addominali. Anzi in questi casi si comprende come la torsione possa essere più facilmente doppia, cioè avvenire in corrispondenza del punto fisso inferiore e in vicinanza dell'attacco colico.

Ma se con Lejars e Lapeyre possiamo ritenere che l'epiploite sia la causa predisponente più frequente alla torsione e che con lo stesso meccanismo agiscano le cisti e i tumori dell'omento e le aderenze anormali del suo margine libero, perchè la torsione si produca è necessario che intervenga un altro fattore, una forza cioè che spinga e obblighi l'omento a rotare su sè stesso. Altrimenti non si saprebbe spiegare come la torsione si sia verificata anche nei casi nei quali l'omento era normale senza fatti infiammatori, senza tumori, senza aderenze come nel caso riferito da Hochenegg.

La causa determinante la torsione, la forza impulsiva, che provoca il movimento rotatorio dell'omento, sano o infiammato o sede di tumore, libero o aderente, va ricercata, come ho accennato, negli sforzi, nei traumi addominali, nei cambiamenti violenti e bruschi di posizione del corpo, nei movimenti esagerati della peristalsi intestinale ed altre volte nella torsione di un tumore addominale, di una cisti ovarica, per es., al quale l'omento aderisca per il suo estremo inferiore come nei casi riportati da Sayr e da Simon.

Sintomi. — Se la torsione dell'omento avviene in un sacco erniario, è specialmente nell'ernia inguinale destra che si verifica; se nella cavità addominale, di preferenza occupa la fossa iliaca destra. Perciò per la sintomatologia e per la sede avremo una forma erniaria, una forma appendicitica e una forma addominale.

A seconda del modo di comparire si ha una torsione acuta ed una torsione lenta, a tappe. In quest'ultio caso delle crisi dolorose più o meno violente precedono il manifestarsi della torsione completa. Il Riedel cita tre casi in cui la crisi terminale di torsione completa era stata preceduta quattro mesi prima da una crisi iniziale caratterizzata da malessere, dolori, vomiti, che durarono poco tempo e furono seguiti da un senso di pesantezza e dolorabilità alla regione inguinale. Nel caso del Malherbe l'infermo ricoverò all'ospedale dopo la sesta crisi.

Se la torsione avviene acutamente completa i sintomi si manifestano in modo brusco e con apparente gravità. Il sintoma più costante

è il dolore vivo e improvviso, che avrà sede nell'ernia o nell'addome a seconda del punto in cui la torsione succede. Però anche in caso di torsione in un sacco erniario il dolore, dapprima localizzato in questo punto, si estende in seguito all'addome e, se si tratta di ernia inguinale destra, specialmente alla fossa iliaca destra. Il dolore si accompagna a nausee, vomito, polso frequente e spesso a febbre.

Spesso non vi è arresto del circolo fecale e gassoso.

Obbiettivamente, se la torsione avviene in un'ernia, si rileveranno gli stessi reperti che in caso di epiplocele strozzato: cioè, l'ernia sarà aumentata di volume, sarà diventata irriducibile e dolente alla pressione. Però esplorando accuratamente la regione inguinale si può notare che il canale inguinale è occupato da una specie di cordone, che si prolunga in basso verso il sacco, in alto verso l'addome (corda epiploica).

Se invece la torsione succede nella cavità addominale, oltre il dolore, il vomito, il polso frequente e debole, l'aumento di tensione delle pareti del ventre, ecc., si constaterà l'esistenza di una tumefazione per lo più voluminosa, a limiti irregolari e non netti, a superficie bitorzoluta, di consistenza molle, elastica, dolente alla pressione.

Quale esito delle torsioni dell'epiploon debbono esser ricordate le cangrene totali e parziali di esso, che possono provocare una peritonite acuta. Si comprende che se la torsione non è completa e la circolazione sanguigna non intercettata del tutto, ciò non si verifica. Eiselberg e Moresco hanno descritto delle ulcerazioni gastriche ed intestinali secondarie.

Diagnosi. — La diagnosi di torsione del grande omento presenta sempre enormi difficoltà e quasi sempre rimarrà un reperto di biopsia o di autopsia. Le crisi dolorose, che spesso precedono il quadro della torsione completa, potranno scambiarsi con un'epiploite o con coliche appendicolari.

Gli altri sintomi (dolore violento, improvviso; irriducibilità e aumento del volume dell'ernia; tensione delle pareti addominali; constatazione di una tumefazione addominale pastosa, a superficie ineguale, a limiti vaghi, dolente, ecc.), potranno farci pensare ad un'ernia strozzata, o ad una appendicite, alla torsione di una cisti ovarica, di un tumore dell'utero o degli annessi, all'occlusione intestinale, ecc.

Se la torsione avviene in un sacco erniario, l'unico sintoma, che potrà farcela riconoscere come probabile ed escludere un epiplocele strozzato, sarà la costatazione, quando è possibile, di un cordone duro, teso, che occupa il canale inguinale e che attraverso questo si continua in basso nell'ernia, in alto nell'addome.

Con tutto ciò bisogna riconoscere che l'errore è stato e rimarrà frequente.

È noto il caso del Kromer, il quale intervenne credendo che la fenomenologia presentata dal suo infermo (un uomo di 31 anni, che 10 giorni prima di essere ricoverato all'ospedale fu colpito da dolore di stomaco e da vomiti e si accorse che qualche cosa era fuoriuscito sotto il cinto erniario e che questa volta non poteva esser riposto) fosse dovuta ad un'ernia inguinale destra strozzata.

Lejars e Hochenegg intervennero ambedue con diagnosi di appendicite.

Ed infatti quando il dolore, comparso nell'ernia o nell'addome, si localizza, come spesso avviene, nella fossa iliaca destra e in questa si rileva un'infiltrazione o un tumore, l'errore è più che facile. Lejars in un caso giunse ad una diagnosi esatta fondandosi su questi elementi: il volume della tumefazione troppo grande per il tempo decorso dall'inizio degli accidenti; i suoi limiti più netti che in caso di tumore infiammatorio da appendicite; la costatazione di una striscia depressibile e sonora all'esterno della tumefazione; la palpazione meno dolorosa che in caso di appendicite; la mancanza di dolore pulsante; la continuazione della tumefazione con una massa irriducibile contenuta nel sacco erniario. Certamente in questo caso la diagnosi fu agevolata dall'esistenza dell'ernia irriducibile.

Fortunatamente simili errori non hanno conseguenze perchè l'intervento chirurgico è sempre urgentemente necessario sia che si tratti di torsione dell'omento, sia di qualcuna delle altre affezioni con le quali si può confondere.

Prognosi. — La prognosi deve esser sempre riservata. Nei casi favorevoli le aderenze che l'epiploon torto contrae col sacco erniario o con le pareti addominali, con il cieco, con il tenue e gli organi vicini possono determinare in seguito stiramenti dolorosi, spostamenti e disturbi funzionali anche gravi a carico del l'intestino e degli organi addominali.

Nei casi di cangrena dell'omento la prognosi, non intervenendosi chirurgicamente, è assolutamente infausta poichè ad essa segue una peritonite acuta mortale.

Pretrsch su 44 casi notò 6 morti; Lejars 7 su 66.

Cura. — La cura non può essere che chirurgica e deve essere quanto più sollecita è possibile.

Se esiste un'ernia e si suppone che la torsione dell'omento sia avvenuta in essa, si co-

mincia con l'erniotomia. Aperto il sacco, si libera l'omento dalle eventuali aderenze con esso e si attira all'esterno fino a metterne in evidenza la parte sana. Però, prima di legarlo al disopra della torsione e di asportarlo, bisogna prolungare in alto la incisione delle pareti addominali, eseguire cioè un' ernio-laparotomia affinchè non ci sfugga una seconda torsione più o meno vicina all'attacco colico dell'omento come successe ad Eiselberg, il quale vide il suo operato morire dopo 36 ore dall'operazione ed all'autopsia costatò che l'epiploon rimasto nell'addome era anch'esso tre volte torto.

Se la torsione dell'omento è intra-addominale si praticherà la laparotomia e dopo sciolte le aderenze, che lo tengono più o meno intimamente unito alle pareti e agli organi addominali, si procederà **alla sua asportazione** previa legatura in massa o, meglio, a catena al di sopra del punto ritorto.

Walther e Sonnenburg vollero tentare, e vi riuscirono, la detersione, ma furono costretti a procedere immediatamente alla resezione dell'omento per le alterazioni che presentava.

Nel raccogliere le notizie su questo importante argomento di patologia e nel pubblicarle mi sono proposto, ripeto, un solo scopo: quello di colmare, meglio che ho potuto, una lacuna dei trattati che vanno per le mani dei medici pratici, i quali hanno il massimo interesse di conoscere questo capitolo di patologia chirurgica.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Nefrite emorragica guarita in seguito ad intossicazione alcoolica acuta

per il dott. BERNARDINO MASCI
degli Ospedali di Roma.

Lo studio delle nefriti, senza dubbio il più importante nel campo della patologia renale, non ha finora trovato quella ricca schiera di cultori profondi e tenaci, che ne avrebbe potuto sicuramente diradare la nebbia in cui è ancora avvolto. Numerosi problemi fisio-patologici sono insoluti; l'ingombrante congerie dei diversi metodi analitici per lo studio della funzione renale non si è dimostrata realmente utile; la terapia poi è incerta e brancola nel buio. Ogni trattato si profonde in consigli igienici, dietetici, medicamentosi; ma la base scientifica su cui questi poggiano e il giovamento che possono apportare si devono accogliere con la massima riserva, se non addirittura con sfiducia.

Tale pessimismo non può sembrare ultra-scientifico a chi ha l'animo svincolato da qualunque preconcetto. A solo titolo di curiosità mi propongo di brevemente riferire su di un caso di nefrite emorragica, ribelle alla più sapiente cura classica e guarita invece, *horresco referens*, in seguito ad intossicazione alcoolica acuta. La medicina non ne può certo gioire.

A. R., di anni 41, contadino abruzzese di un paesetto di montagna, ha sofferto, all'epoca della pubertà, di febbri malariche, contratte nelle Puglie, e di un'ulcera molle (?) seguita da linfadenite inguinale suppurata. Poi è stato sempre bene, ove si prescinda da qualche dolore reumatoide vagante per le giunture. Ammogliato con prole sana.

Nel settembre 1917 prestava servizio militare sul monte Pasubio, quando, senza causa apprezzabile, senza precedenza di eventuali processi morbosi, cominciò a soffrire di malessere, debolezza generale, irritabilità, insonnia, affanno al minimo sforzo, cefalalgia occipitale, e ad emettere urine scarse ed intensamente colorate in rosso. A tali disturbi, ad andamento progressivo, si aggiunsero più tardi edemi al viso, alle mani, agli arti inferiori e ai genitali. Fece allora ricorso all'aiuto medico.

Riconosciuto affetto da nefrite acuta, fu subito inviato in un ospedale da campo di Schio, dopo fu curato con il riposo a letto, dieta lattea, unzioni con olio caldo, somministrazione di bevande alcaline e di teobromina. Migliorato della cefalea e degli edemi, fu trasferito in un ospedale militare di Torino, dove rimase 40 giorni, a dieta idro-lattea. Scomparvero gli edemi e la cefalea, si attenuò la dispnea, migliorò l'insonnia, ma persistette senza tregua l'oligo-ematuria.

Dimesso con due mesi di licenza di convalescenza, fece ritorno al paesello nativo, dove

proseguì fedelmente la cura prescrittagli e sopratutto il riposo e la dieta lattea.

Fu allora che io ebbi occasione di vederlo. Da robusto e florido che egli era, era diventato magro ed intensamente anemico. La quantità delle urine delle 24 ore oscillava fra i 600 e gli 800 cc. Il colore era nettamente sanguigno. All'esame di un campione trovai: reazione acida; densità 1024; albumina 3 ‰; cilindri granulosi ed ematici e grande quantità di corpuscoli rossi nell'abbondante sedimento. Non posso fornire ragguagli circa il bilancio dei cloruri e il modo di comportarsi dell'urea, perchè d'inattuabile determinazione. Modica ipertensione arteriosa; lieve rinforzo del 2° tono aortico; assenza di edemi.

Mancavano dieci giorni allo scadere della licenza, quando il paziente, sfiduciato dell'esito completamente negativo della cura, stanco di perseverare in un regime a base di restrizioni, mandando alla malora medici e medicine, volle riprendere le consuete abitudini della sua vita e, per inaugurarle, bevve, in compagnia di amici, in un'osteria, una forte quantità di vino bianco (oltre due litri e mezzo nello spazio di tre ore).

Al senso di euforia immediato successe dopo poco tempo una serie di sintomi gravi. Il cuore cominciò a battere con violenza e con frequenza aumentata; si ridestò l'affanno fino al senso della soffocazione; comparvero sudori freddi profusi, violenta agitazione, accessi maniaci, cianosi, angoscioso senso di morte imminente, vomito dapprima alimentare, poi biliare e infine esclusivamente ematico (circa due bicchieri di sangue puro). Anuria assoluta per 24 ore.

Il giorno seguente, pur persistendo una prostrazione estrema e non completamente fugato il terrifico pensiero della morte, si verificò un evidente miglioramento: i reni tornarono a funzionare, con emissione però di urine più ematiche del solito e con coaguli sanguigni.

Ma quale fu la meraviglia dell'infermo quando potè notare che, con l'andare di pochi giorni, quasi a compenso della dura prova, in un col risorgere delle forze e del senso di benessere, le urine s'erano fatte più abbondanti e quasi perfettamente limpide! Il medico condotto locale, esaminandole, trovò solo tracce minime di albumina. E prova di una completa guarigione si ebbero dieci giorni dopo, quando il collegio medico militare di Chieti, ad un esame clinico del paziente, che trovò sano, e chimico-microscopico delle urine, che furono riscontrate prive di albumina, di sangue e di cilindri, non si peritò di giudicarlo idoneo al servizio militare, nel quale fu subito riassunto; e senza fastidi, senza recidive nella pericolosa fragilità renale, potè proseguirlo fino al congedo della sua classe.

Io l'ho rivisto pochi mesi fa e mi son potuto veramente sincerare delle sue buone condizioni di salute.

Questo caso ha voluto per sommi capi rendere noto, come dicevo, esclusivamente a titolo di curiosità. Lungi da me l'idea di volerne trarre delle deduzioni, primo perchè *testis unus testis nullus*, poi perchè non sono così eretico della medicina da pensare seriamente ad un'azione curativa dell'alcool a dosi tossiche sulle nefriti. Sarebbe il sommo dei paradossi.

Lungi da me anche, per conseguenza, l'idea di voler tentare di dare una spiegazione del meccanismo di azione dell'alcool. L'eterna tendenza a creare teorie nel campo medico ha involuto il problema, così che ogni teoria ha finito col diventare sospetta.

Ciò che è certo però è che il paziente soffriva sicuramente di nefrite emorragica (non mi attardo inutilmente in disquisizioni etiologche nè in diagnosi differenziali), e che questa, ribelle per quattro mesi ad ogni saggia cura, guarì in seguito ad ingestione di una dose tossica di alcool. La formula degli Scolastici: *post hoc, ergo propter hoc* non mi sembra che in questo caso pecchi di sofisma. Nell'organismo malato si deve essere verificata tale una reazione, tale un risveglio dei mezzi di difesa, che, superato il primo momento, dirò così di fase negativa, si è istituita poi rapidamente la guarigione. Quanto abbia influito su di essa l'aumento della colesterina, della lecitina e dei grassi neutri del sangue, questa mobilizzazione dei lipoidi (lipoidolisi) che succede all'intossicazione da alcool etilico, io non saprei dire.

Mehr licht! invocherebbe Goethe. Comprendo che quello delle nefriti è un soggetto la cui investigazione è irta delle più aspre difficoltà, ma la buona causa dell'argomento compenserebbe la fatica del suo studio.

Roma, 1° dicembre 1919.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

Le sindromi renali dell'asistolia.

E. JOSUÉ e M. PARTURIER. (*Paris Médical*, 13 marzo 1920).

Fino a pochi anni fa un cardiaco in asistolia con segni d'insufficienza renale costituiva il tipo dell'*asistolia uremica del cardio-renale*, sindrome da nessuno posta in dubbio, malgrado la difficoltà di riconoscere ciò che dipendeva dalla lesione renale o dalla lesione cardiaca. Col progredire delle ricerche d'esplorazione renale (ricerca dell'azotemia, della ritenzione dei cloruri, della costante ureo-secretoria, ecc.) molti sintomi vennero durante la asistolia più facilmente attribuiti al rene, così, per es., l'azotemia, segnalata da Achard, la discordanza fra l'urea del sangue e la costante ureo-secretoria, constatata da Merklem e Croissant. Inoltre Widal, Lemierre e Javal interpetrarono la ritenzione clorurata nella patogenesi degli edemi come di dominio renale a scapito degli edemi di origine circolatoria, e Merklem e la sua scuola considerarono perfino la ritenzione dei cloruri a mezzo dei reni come il fatto principale degli edemi cardiaci.

In tutte queste ricerche non era stata però intravista l'importanza dell'oliguria d'origine cardiaca, la quale è capace di produrre, secondo gli AA., la sindrome comune alla patologia renale e cardiaca: *l'azotemia e gli edemi;* costituendosi in tali casi quelle che essi chiamano le *sindromi renali dell'asistolia*.

L'insufficienza del muscolo cardiaco ha per conseguenza una stasi sanguigna e una stasi umorale, le quali si accompagnano con una diminuzione nell'eliminazione dell'acqua, onde questa si accumula prima nel sangue (idremia), poi nei tessuti.

L'eliminazione dell'acqua ha dunque un'importanza primaria, poichè regola in una certa misura l'escrezione dei prodotti azotati e dei sali; escrezione la quale non avviene regolarmente, quando l'eliminazione dell'acqua, solvente e veicolo, scende al di sotto di un certo limite. In tali casi l'oliguria determina diverse manifestazioni renali, che si aggiungono a quelle cardiache e che occupano anzi un posto preponderante nel quadro clinico. Gli AA. hanno segnalato dei casi di asistolia col quadro clinico dell'uremia, nei quali il trattamento digitalico fece scomparire tutti i disturbi attribuiti erroneamente al rene, e designano questi malati col nome di *falsi cardiorenali*. In questi casi i disturbi hanno evidentemente per base un meccanismo identico: l'*oliguria*, la quale può condurre all'*azotemia* e agli *edemi*.

Azotemia da oliguria. — Nei cardiaci oligurici, senza alterazioni renali può aversi la ritenzione dei prodotti tossici con tutte le conseguenze cliniche, dall'azotemia all'uremia conclamata. Negli asistolici, che emettono meno di 500 cc. di orina nelle 24 ore, non è raro trovare 0.70-1 gr. e più di urea per litro nel siero di sangue. Questa *azotemia* detta da Ambard *del secondo tipo*, per distinguerla *da quella del primo tipo dei brightici*, è designata dagli AA. col nome di *azotemia da oliguria*. Essa si produce nel seguente modo: col diminuire dell'orina aumenta la concentrazione dell'urea, concentrazione che non può arrivare però al di là di un certo limite, che è rappresentato dalla *concentrazione massima* (Ambard, Papin), ossia dalla più forte concentrazione alla quale il rene può eliminare l'urea coll'orina. Ora questa concentrazione massima dell'urea secondo Ambard e Papin è nell'uomo normale di circa il 50 ‰, ciò che vuol dire che, ad es., con 500 cc. di orina possono essere eliminati 25 grammi di urea al massimo. Se l'eliminazione dell'orina è inferiore a 500 cc., una parte di urea non sarà eliminata e si andrà invece accumulando nel sangue, dando luogo all'apparizione di una sindrome renale dell'asistolia. Tale azotemia patogeneticamente è dunque una sindrome da ritenzione allo stesso modo di quella della nefrite cronica. Non vi esistono però lesioni anatomiche dei reni, i quali si trovano soltanto in uno stato di sofferenza patologica, che ne impedisce il regolare funzionamento.

Edemi da oliguria. — L'eliminazione insufficiente dell'acqua da parte dei reni nei cardiaci oligurici determina la ritenzione d'una certa quantità d'acqua nell'organismo, che a lungo andare può essere la causa degli edemi. Dalle ricerche di Winter sull'equilibrio osmotico degli umori risulta che l'acqua non può accumularsi nei tessuti che allo stato di soluzione isotonica, isotonia che è mantenuta dal cloruro di sodio, il quale normalmente si trova nel siero umano in soluzione al 6 ‰. L'acqua e il cloruro di sodio sono dunque indissolubilmente legati nell'organismo, onde nei cardiaci oligurici risulterà una ritenzione idroclorurata, la quale si manifesterà prima nel sangue (idremia), quindi, per lesione dei capillari vasali, nei tessuti, dando luogo agli edemi, senza che in alcun modo intervengano i reni.

Si spiegano così gli errori diagnostici, prognostici e curativi, quando si trascuri l'analisi dei diversi elementi delle sindromi renali dell'asistolia: azotemia, albuminuria, dispnea

discrasica, respiro di Cheyne-Stokes, ipertensione arteriosa, edemi.

Azotemia ed esplorazione delle funzioni renali. — Spesso il dosaggio dell'urea nel siero di sangue risulta superiore alla norma e rimane tale se persiste l'oliguria; ma, appena interviene la poliuria liberatrice, ritorna normale. Ugualmente la ricerca della costante ureo-secretoria, uguale in condizioni normali a 0.07, fornisce cifre tanto più elevate quanto minore è la quantità delle orine; ma, non appena si ristabilisce la diuresi, si abbassa rapidamente e talvolta anche al di sotto della norma, ciò che dimostra l'integrità dei reni. Così finalmente anche il metodo delle eliminazioni provocate (prova della fenolsulfoneftaleina, eliminazione del bleu di metilene) non fornisce dati sicuri che dopo la poliuria liberatrice.

Albuminuria. — La presenza di albumina nelle orine di un asistolico non dimostra affatto l'esistenza di una lesione renale, potendo l'albumina esser dovuta alla stasi venosa e sparire col manifestarsi della poliuria, lasciando i reni perfettamente normali alle differenti prove di esplorazione funzionale. Questa albuminuria è per solito uguale al 0.50 ‰ e raramente oltrepassa l'1-2 ‰.

Dispnea discrasica. — È conseguenza della ritenzione nel sangue dei prodotti tossici dell'orina e si spiega con lo stesso meccanismo dell'azotemia da oliguria.

Respiro di Cheyne-Stokes. — Può ugualmente spiegarsi con la ritenzione dei componenti tossici dell'orina in seguito all'oliguria.

Ipertensione arteriosa. — Non si è autorizzati ad attribuirla a una lesione renale, essendo stata ben stabilita clinicamente da Potain, Gallavardin, Josué, ecc., l'esistenza di un'ipertensione asistolica, fatto in apparenza paradossale.

Gli edemi si osservano ugualmente nei nefritici e nei cardiaci. In questi però spesso cominciano ai malleoli, risalgono alle coscie e più in alto, sono duri e non presentano pallore della pelle. Talvolta però manca ogni carattere netto di distinzione con quelli nefritici.

Passando allo studio clinico delle sindromi renali dell'asistolia, gli AA. distinguono quadri analoghi a quelli del morbo di Bright e cioè: una sindrome azotemica, una sindrome renale idropigena e una forma mista.

Nella sindrome azotemica dell'asistolia l'azotemia è di circa un grammo per mille, le orine sono molto scarse, cariche, albuminose, ricche in urea, povere in cloruri. Il malato è intensamente dispnoico, talvolta presenta il respiro di Cheyne-Stokes, la pressione arteriosa non di rado è elevata ed allora il cuore è ipertrofico; non si notano edemi clinicamente apprezzabili, specialmente se l'insufficienza cardiaca è rapida, ma agli esami speciali si trova un certo grado di ritenzione idroclorurata (preedema di Widal). Tali malati, definiti erroneamente come cardiorenali, col trattamento digitalico migliorano rapidamente: si produce poliuria con eliminazione abbondante di urea e di cloruri, l'albumina scompare, il respiro ritorna normale, l'urea del sangue ritorna alla norma (0.40) e i metodi d'esplorazione renale mostrano che il valore funzionale dei reni non è diminuito.

Talvolta nei vecchi con asistolia latente, nei quali cioè si ha oliguria accentuata con tutti i disturbi ad essa relativi, suol parlarsi di astenia cardiaca, di miocardite con sclerosi renale, mentre in realtà si ha a che fare con una sindrome renale dell'asistolia.

Nella sindrome renale a forma idropigena dell'asistolia i malati da vario tempo presentano diminuzione della diuresi, edema bianco e molle degli arti inferiori, accompagnato o non con ascite, spesso compaiono edemi palpebrali e della faccia, le orine son torbide, cariche, povere in cloruri e albuminose, il polso è molle, i toni cardiaci sono parafonici, le sezioni cardiache ipertrofiche e dilatate, il ritmo del cuore irregolare, la pressione arteriosa spesso elevata. Inoltre si risveglia frequentemente dolore alla pressione sul fegato e si odono rantoli da stasi alle basi polmonari. Gli esami speciali mostrano infine eliminazione notevole d'urea, scarsa azotemia, diminuzione dell'eliminazione dei cloruri, una costante ureo-secretoria elevata, una permeabilità renale ai coloranti chimici diminuita. Questi malati considerati come renali non hanno giovamento alcuno o molto scarso con la cura diuretica e con la dieta declorurata; mentre con la cura cardiotonica si rimettono rapidamente e i metodi di esplorazione renale dimostrano minima o inesistente l'alterazione dei reni. In presenza di una sindrome idropigena bisogna dunque sempre sospettare innanzi tutto l'indebolimento della energia cardiaca come possibile causa della sindrome renale.

La sindrome mista (azotemica e idropigena) si osserva in clinica più frequentemente: agli edemi si unisce allora una ritenzione azotata più o meno spiccata con tutti i sintomi che da essa dipendono.

Concludendo: l'oliguria può dunque creare la sindrome renale azotemica e idropigena e molti cardiaci asistolici, considerati come cardiorenali in base agli esami del sangue e delle orine, non sono invece che falsi cardiorenali.

Prima di attribuire una sindrome azotemica o idropigena al rene o al cuore bisogna ristabilire la diuresi e praticare gli esami speciali della funzione renale e specialmente la costante ureo-secretoria, esami che in presenza di un falso cardiornale dimostreranno l'integrità dei reni.

Cura. — Dinanzi a un malato con una sindrome renale e con oliguria, anche se l'asistolia è poco manifesta o non lo è affatto, bisogna sempre istituire un trattamento cardiotonico a base di digitale. Prima però occorre diminuire, per quanto è possibile, la pletora acquosa mediante un salasso e con purganti drastici. Se si ha forte oliguria, la dieta sarà esclusivamente lattea e si ridurrà al minimo la quantità di bevande, aggiungendo a queste da 100-150 gr. di lattosio. Dopo di che si inizierà il trattamento medicinale con la digitalina Nativelle alla dore XXX-XXXV gocce, che di solito basta a ristabilire la diuresi in una sola volta.

Nei casi gravi con persistenza dell'oliguria, con azotemia elevata e con dispnea di Cheyne-Stokes può ripetersi la stessa dose per 3-4 giorni consecutivi. Ottenuta la diuresi, la digitale sarà somministrata a dosi più piccole (V-X gocce) fino al ristabilimento dell'energia miocardica.

La teobromina alla dose di 1.50-2 gr. *pro die* associata alla digitalina o somministrata dopo di essa aumenterà la poliuria. Così pure la dieta declorurata favorirà la scomparsa degli edemi.

CESETTI.

CHIRURGIA.

Anastomosi tendinee per rimediare alle paralisi radiali definitive, parziali o totali.

(M. MAUCLAIRE. *La Presse Médic.*, n. 51, 1° settembre 1919).

Per rimediare alle paralisi radiali definitive, le suture nervose reiterate, le anastomosi nervose con impianto parziale o totale in un nervo vicino, gli innesti nervosi sono stati tentati da pochi operatori, perchè i risultati sono ancora molto aleatori. Più frequentemente praticate sono state le anastomosi tendinee.

L'operazione sarà primitiva e immediata se subito dopo la ferita si constata una lunghissima perdita di sostanza del nervo radiale, se si rinunzia alle operazioni nervose anastomotiche o agli innesti nervosi autoplastici o agli innesti eteroplastici di tessuti morti secondo la tecnica di Nageotte e Sencat.

L'operazione sarà secondaria quando, qualche tempo dopo la ferita o la sutura, in genere in capo ad un anno, la rigenerazione nervosa non può più sperarsi.

I processi operatori sono numerosi; si possono così classificare:

A) RACCORCIAMENTO DEI TENDINI DELLA SUPERFICIE DORSALE DEL POLSO (estensori delle dita, radiali, lungo abduttore, lungo e breve estensore del pollice, cubitale posteriore), combinato o non con il trapianto tendineo.

B) TENODESI CON FISSAZIONE OSTEOPERIOSTEA O INTRA-OSSEA. — Tubby ha fissato sulla faccia dorsale del 2° e del 4° metacarpo i tendini del cubitale anteriore e del gran palmare dopo averli allungati con della seta; altri hanno fatto da tenodesi dei tendini estensori del carpo, vale a dire la loro fissazione osteo-periostea o intra-ossea al radio e al cubito dopo raccorciamento dei tendini per mantenere la mano in estensione forzata; Weitz ha praticato l'avanzamento periosteo dei due tendini radiali sui metacarpi.

C) TRAPIANTI TENDINEI ATTRAVERSO LO SPAZIO INTEROSSEO. — Rochet (1897) trapiantò i tendini flessori su quelli estensori passando attraverso lo spazio interosseo. Franke (1899) fece il raccorciamento del primo radiale e fissò il cubitale anteriore sull'estensore comune passando per la stessa via. Towsend (1900) trasportò i tendini del cubitale anteriore e del grande palmare su quelli dell'estensore comune; Henry e Pennel suturarono il grande e il piccolo palmare sugli estensori; Serafini trasportò il cubitale anteriore sul cubitale posteriore; Manasse fece passare per la stessa via il cubitale anteriore e lo fissò sui tendini estensori.

P. Berger e Banzet, nel 1904, proposero l'operazione seguente: *a*) sdoppiamento del tendine del cubitale anteriore e trapianto di uno dei fasci distaccato sui tendini dell'estensore comune attraverso lo spazio interosseo; *b*) trapianto del piccolo palmare e di un fascio di sdoppiamento del grande palmare sui tendini dell'estensore comune, sull'estensore proprio dell'indice e il lungo estensore proprio del pollice; *c*) il raccorciamento dei tendini radiali.

Durante la guerra, nel 1915, Axhausen sutura i tendini del flessore comune delle dita sui tendini estensori passando per lo spazio interosseo.

La tecnica di Murphy (1915) è interessante. Egli distacca l'inserzione distale del gran palmare, poi incide dieci centimetri più in alto la superficie anteriore dell'avambraccio e il tendine è attirato in alto per questa incisione. In seguito egli fa un'incisione dorsale longitudi-

nale al disopra del legamento anulare del carpo e per di lì attira passando per lo spazio interosseo il tendine del grande palmare, che viene passato e suturato attraverso una bottoniera dei tendini estensori.

D) TRAPIANTO TENDINEO CONTORNANDO LE OSSA DELL'AVAMBRACCIO. — Gocht (1899) disinserì il cubitale anteriore e l'innesto sull'estensore comune delle dita passando sotto il tendine del cubitale posteriore. Inoltre il primo radiale è sezionato e raccorciato. Hoffa (1900) trapianta il cubitale anteriore e il grande palmare sugli estensori raccorciati col pieghettamento. Fiori (1903) sutura i tendini flessori sugli estensori. Vulpius (1904) trapianta il cubitale anteriore sull'estensore comune. Mencière sutura il tendine del grande palmare sul tendine del primo radiale.

Perthes dà la preferenza alla tecnica seguente: *a*) tenodesi del secondo radiale in un canale osseo fatto nel radio mantenendo la mano in estensione a 30° solamente; *b*) tenodesi del cubitale posteriore in un canale osseo fatto nel cubito; *c*) anastomosi del grande palmare con i tre muscoli dorsali del pollice contornando il radio; *d*) anastomosi del cubitale anteriore attraverso bottoniere dei tendini dell'estensore dopo aver contornato il cubito.

E) TRAPIANTO DEL GRANDE PALMARE E DEL CUBITALE ANTERIORE SUGLI ESTENSORI E DEL GRANDE PRONATORE SUI RADIALI. — È l'operazione di Jones (1916). Il tendine del cubitale anteriore è suturato sui tendini estensori delle tre ultime dita e il tendine del grande palmare è fissato sui tendini estensori del pollice e dell'indice. Inoltre il tendine del pronatore rotondo è suturato sui tendini dei due radiali.

Critica dei processi operatori. — È molto difficile apprezzare esattamente il valore di tutte le differenti tecniche che sono state utilizzate.

La semplice tenodesi osteoperiostea o intraossea dei tendini estensori è insufficiente. Essa rialza semplicemente la mano, ma non permette i movimenti della mano, l'estensione delle prime falangi delle dita, l'estensione e l'abduzione del pollice.

Il raccorciamento puro e semplice dei tendini dorsali (radiali, estensori, muscoli del pollice) è egualmente insufficiente per la stessa ragione.

La fissazione dei tendini flessori delle dita sui tendini estensori attraverso lo spazio interosseo sacrifica troppo i muscoli anteriori della mano. Tutt'al più uno dei fasci flessori potrebbe essere così trapiantato.

Lo sdoppiamento dei tendini dei muscoli anteriori e il passaggio di uno dei capi alla regione dorsale è insufficiente per il fatto che il fascio muscolare è digià sottile ed esplicherà difficilmente le due funzioni antagoniste.

La tecnica di Jones è seducentissima; Massart l'ha praticata in un malato con un risultato ottimo.

La tecnica di Hoffa è ugualmente logica: trapianto del cubitale anteriore e del grande palmare sui tendini raccorciati dell'estensore comune delle dita. L'A. ha completato questa tecnica trapiantando non solamente il grande palmare, ma anche il piccolo palmare e un po' dell'aponeurosi palmare. Se questi due muscoli fossero più potenti si potrebbe trapiantarli nello stesso tempo su tutti i muscoli dorsali del pollice e su tutti i tendini dell'estensore comune delle dita. L'A. s'è accontentato di trapiantarli sui tendini dell'estensore proprio dell'indice e dell'estensore comune e inoltre di raccorciare i due radiali, il lungo abduttore, il lungo e il breve estensore del pollice. Ma in queste condizioni il pollice non ricupera l'estensione attiva e l'abduzione.

Disinserendo i tendini dei muscoli anteriori bisogna conservare il tessuto cellulare peritendineo intorno al tendine stesso, perchè ciò facilita lo scorrimento del tendine trapiantato e impedisce la formazione di aderenze.

I risultati lontani di queste anastomosi tendinee sono dei più soddisfacenti. La mano resta bene allungata; l'estensione è sufficientissima. La flessione tuttavia non ritorna sempre completa, sia per la resistenza dei tendini estensori suturati a mano in iperestensione, sia per la rigidità articolare delle dita, che spesso si osserva. I movimenti particolari del pollice sono evidentemente limitatissimi, l'abduzione sopratutto.

Quanto ai centri motori cerebrali, essi si adattano facilmente alla nuova funzione dei muscoli (Kennedy, Bidder, Schift, ecc.).

I tendini suturati e raccorciati s'allungano troppo con l'andare del tempo? È possibile se i muscoli e i tendini hanno perduto molto della loro elasticità (donde l'importanza dell'intervento precoce).

Queste anastomosi tendinee sono preferibili al semplice innesto d'un frammento della fascia lata fissata alla faccia dorsale del polso e delle dita, la mano essendo mantenuta in estensione (Müller, Gessner e Riedel, Ansinn).

Esse sembrano preferibili all'artrodesi del polso combinata con il trapianto tendineo (Lange) o all'artrodesi pura e semplice (Davis e Finley, Gaudier).

Nulla si può dire delle anastomosi fra il nervo radiale e il nervo mediano o il muscolo-cutaneo. Dopo cinque anni di guerra non sap-

piamo ancora quel che dànno queste anastomosi nervose.

Le anastomosi tendinee sono anche molto più preferibili agli apparecchi ortopedici i più perfezionati, di cui gli uni ad azione dorsale attirano le prime falangi in estensione (Gerdy, Delacroix, Duchenne de Boulogne, Heussner, Collin, Dejerine, ecc.) e gli altri a propulsione palmare respingono indietro le prime falangi e la palma della mano (Mouchet e Anceau, Privat e Belot, ecc.).

B. MASCI.

Il trattamento della lussazione abituale della spalla per mezzo della formazione di un legamento d'inibizione extra-articolare.

(DR. I. LOEFFLER, Clinica Chir. di Halle a S.).

L'A. passa rapidamente in rassegna le cause della lussazione abituale della spalla ed i metodi operatori indicati per impedirla, concludendo che manca tuttora un'operazione semplice che prometta il successo, qualunque sia la causa di tale lesione. Secondo l'A. non si devono praticare sul paziente grandi interventi complicati per cercare di riottenere soltanto una mobilita normale completa nell'articolazione della spalla (che è anche molto dubbia dopo tali operazioni), ma si deve applicare un metodo operatorio che nel modo più semplice e scevro di pericoli impedisca innanzi tutto la lussazione e raggiunga fino a un certo grado il riacquisto della mobilità. Ora, sia il restringimento della capsula articolare praticato dalla maggior parte dei chirurghi, sia altre operazioni più complicate, non danno risultati duraturi.

L'A. descrive il metodo di Joseph che è fondato sul principio di dare all'articolazione della spalla un «legamento teres» come lo ha l'articolazione dell'anca. Ma tale principio non sembra giusto all'A. perchè il «legamento teres» dell'anca non è un legamento di inibizione, bensì ha un valore nutritivo o filogenetico e non ha importanza pel movimento della testa del femore. Inoltre esiste anche nell'articolazione della spalla un «legamento teres» descritto per primo da Welcher che gli attribuì valore nutritivo e lo trovò in un decimo dei casi, mentre Fick lo considerò come formazione costante. Infine Joseph non dette neppure, al «legamento teres» artificialmente da lui formato, le inserzioni ed il decorso che avrebbe avuto il legamento naturale. Ma, astraendo da queste osservazioni, l'operazione di Joseph nasconde in sè un errore non dubbio e cioè la necessità di un'ampia apertura dell'articolazione della spalla. Di questa circostanza si deve tener conto in tutte le operazioni su articolazioni, a causa del grande pericolo di infezione.

Schmieden, in un caso, per evitare questa larga apertura dell'articolazione della spalla, ha perforato con un trapano lungo, in linea obliqua, il collo e la testa dell'omero e l'acromion e vi ha fatto passare una striscia di fascie. Ma anche qui si ha un'apertura dell'articolazione, astraendo dal passaggio non tanto facile della striscia di fascie. Gli sforzi dell'A. furono dunque diretti a guarire la lussazione abituale della spalla da qualunque causa, creando un legamento di inibizione extra-articolare. Dopo una serie di esperimenti sullo scheletro egli giunse alla conclusione che, formando un nastro che fosse fissato al «tuberculum majus» ed all'«acromion», si poteva impedire la lussazione, senza un disturbo funzionale essenziale dell'articolazione della spalla. Quanto più dorsalmente all'acromion si fissava il legamento, tanto più sicuramente si poteva impedire la lussazione in avanti e viceversa.

L'operazione fu eseguita in un uomo di 25 anni, epilettico, che, ad ogni attacco, aveva una lussazione del braccio destro, la quale, col tempo, si era fatta talmente frequente che avveniva già al minimo movimento del braccio. Sotto narcosi eterea la testa dell'omero potè, senza difficoltà, essere rimossa dall'acetabolo sotto l'apofisi coracoide ed esser rimessa *in situ*. Non si osservò resistenza da parte del margine anteriore dell'acetabolo Fu praticato un taglio cutaneo verticale cominciando presso a poco due dita trasverse al disopra dell'acromion e passando sopra a questo fino alla metà del muscolo deltoide sulla linea mediana del lato esterno del braccio. La muscolatura deltoidea venne divisa in modo ottuso nel suo decorso fibroso e tenuta divaricata mediante uncini. Con movimenti rotatori del braccio venne determinato il «tuberculum maius» e poi perforato con un trapano elettrico; lo stesso si fece nell'acromion fra il terzo medio e il posteriore. Dopo dilatazione ottusa dei canali, vi venne passata una striscia di fascia (2×10 cm.) prelevata dal lato esterno della coscia destra e, spingendo leggermente in alto il braccio, suturata capo a capo con forte tensione. Sutura cutanea. Fasciatura di Desault. Dopo tre settimane venne allontanata la fasciatura. Ferita guarita per prima. Inizio di leggeri movimenti. Poco tempo dopo il paziente ebbe di nuovo due forti attacchi epilettici, cadendo fortemente sul lato destro, come si poteva vedere dalle lesioni cutanee. Però il braccio non

si lussò. La mobilità della spalla destra è finora ristabilita fino al punto che il paziente può alzare lateralmente in modo attivo il braccio fino a quasi 85° e lo può girare sufficientemente intorno al suo asse longitudinale. È da attendersi un ulteriore miglioramento.

In base a questo caso l'A. vorrebbe consigliare questo processo operativo per il trattamento della lussazione abituale della spalla, essendo un intervento semplice, extra-articolare e applicabile in ogni specie di lussazione da qualunque causa provenga.

D. SALVADORI.

NEUROLOGIA.

Disturbi vescicali corticali e nervoso-funzionali.

(ADLER. *Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde.* Band 65, 1920).

DISTURBI CORTICALI E FISIOLOGIA DELLE FUNZIONI VESCICALI.

Lesioni della corteccia cerebrale possono talvolta provocare dei disturbi delle funzioni vescicali.

Alcuni di questi casi studiati dall'autore, lo hanno indotto a localizzare i centri corticali della vescica come segue:

1° nel giro fornicato esiste un centro sensitivo per mezzo del quale diviene cosciente il bisogno di urinare.

2° Nel lobulo paracentrale esiste un centro motorio per la minzione volontaria. Gli impulsi che partono da questo centro fanno rilasciare le fibre dello sfintere interno. Questo centro è in connessione con dei centri subcorticali, dei quali due sono noti: uno nel talamo, nel quale terminano le fibre che conducono dalla vescica gli stimoli sensitivi; l'altro nel corpo striato che contiene il centro per il rilasciamento continuato dello sfintere durante la minzione. Una lesione di questo centro provocherà minzioni incomplete quindi urina residuale in vescica. Oltre che nelle lesioni subcorticali si avrà urina residuale in tutte le lesioni e negli stati di alterata conduzione delle fibre afferenti (p. es., sezioni del midollo-tabe).

3° Nel giro centrale anteriore esiste ancora un centro motorio, dal quale la minzione può venire limitata o interrotta, mediante stimolazione dello sfintere esterno (centro inibitore).

4° Nella regione frontale si trova un centro superposto a tutti gli altri, esso regola e coordina a seconda degli impulsi centripeti o a seconda della volontà, le singole innervazioni.

Nel midollo sacrale è situato un centro che trasmette gli impulsi costrittori allo sfintere. Perciò le lesioni sopraconali sono seguite da ritenzione con successivo automatismo vescicale, quelle nelle quali è interessato il midollo sacrale, da incontinenza. Un centro lombare manda impulsi rilascianti il detrusore. Durante la minzione decorrono degli stimoli inibitori dal centro subcorticale al centro sacrale costrittorio.

Degli stimoli sensitivi sono condotti dalla vescica al ganglio mesenterico inferiore che li trasmette al ganglio ipogastrico, attraverso al quale essi provocano un rilasciamento dello sfintere.

Il plesso vescicale provvede ad un costante antagonismo tra l'innervazione del detrusore e quella dello sfintere.

Quando il bambino impara a regolare e dominare le funzioni vescicali, esso deve imparare: *a)* a riconoscere lo stimolo ad urinare; *b)* a rilasciare volontariamente lo sfintere interno, ciò che provoca un rilasciamento riflesso dello sfintere esterno; *c)* ad impedire l'uscita dell'urina nonostante lo stimolo ad urinare, mediante contrazione dello sfintere esterno ed inibizione del rilasciamento riflesso dello sfintere interno.

DISTURBI NERVOSI FUNZIONALI.

Etiologicamente questi disturbi si possono dividere in 2 gruppi: 1° Individui predisposti ai disturbi vescicali da un substrato anatomico (forma anormale della vescica, ipospadia, fimosi, ecc.). 2° Individui predisposti per cause psichiche, mentre anatomicamente non esiste alcuna anomalia.

Negli individui così predisposti, sia del 1° che del 2° gruppo delle cause nocive diverse possono provocare l'insorgere dei disturbi vescicali. Queste cause possono interessare la periferia o il centro. Nel 1° caso, per es., per l'azione del freddo, è alterata l'appercezione degli stimoli i quali condotti al centro vi provocano la reazione motoria (sensomobilità di Exner. I disturbi risultanti possono essere diversi: 1° in seguito a diminuita od abolita eccitabilità delle terminazioni nervose vescicali — ritenzione od urina residuale in vescica perchè al cervello non pervengono per via centripeta notizie esatte sul grado di riempimento della vescica; 2° in seguito a stati irritativi delle fibre recettive, frequente stimolo ad urinare, incontinenza, disuria. Nel 2° caso gli stimoli normalmente appercepiti e condotti alla corteccia, *a)* non vengono riconosciuti per disturbi dell'attenzione; *b)* essi non vengono o ven-

gono insufficentemente trasformati in atti intenzionali, per disturbi delle funzioni volitive.

Complessivamente si possono dividere in 2 gruppi i disturbi nervoso funzionali della vescica: neurosi ipocinetiche e neurosi ipercinetiche.

NEUROSI IPOCINETICHE.

A) FORME ACINETICHE. — 1. *Forma ideatoria.* (Disturbi della componente gnostica della funzione motoria della vescica). — Manca l'appercezione della pienezza della vescica. Questa forma è provocata: *a*) perifericamente per diminuita eccitabilità del neurone sensitivo (da freddo, da umidità) manca allora lo stimolo ad urinare;

b) centralmente per disturbi dell'attenzione (traumi psichici).

2. *Forma motoria.* — Esiste lo stimolo ad urinare, ma non è possibile la trasformazione degli stimoli sensitivi in innervazione motoria (atonia secondaria del detrusore).

3. *Forma psicomotoria.* — Esiste lo stimolo ad urinare ma l'innervazione motoria è impedita: *a*) per inibizione passiva: manca od è insufficiente l'impulso volitivo; *b*) per inibizione attiva: vengono innervati contemporaneamente gli antagonisti.

B) FORME PSEUDO IPERCINETICHE. — L'innervazione è resa difficile. Spesso iscuria paradossa e pseudo incontinenza; atonia secondaria del detrusore. Queste forme possono essere: *a*) di origine puramente psichica; *b*) possono accompagnare anomalie anatomiche della vescica.

NEUROSI IPERCINETICHE.

1. *Forme ideatorie*, provocate. *a*) perifericamente in seguito ad abnorme eccitabilità del neurone sensitivo (co-sensazione). *b*) centralmente per disturbi dell'attenzione (assenza dell'inibizione intenzionale.

2. *Forma motoria.* — La trasformazione del concetto dell'urinare in innervazione motoria è enormemente facilitato. La vescica si vuota prima ancora che divenga cosciente lo stimolo ad urinare.

3. *Forma psicomotoria.* — *a*) l'inibizione attiva manca completamente (nei bambini piccoli nei bambini deficienti);

b) lo svuotamento della vescica avviene in seguito ad innervazioni irrazionali, che accompagnano l'azione di qualche gruppo muscolare estraneo (co- innervazione), p. es., un bambino urina ogni volta quando corre o salta).

POLLITZER.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

XVII Riunione della Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia

Onoranze al Prof. Domenico Majocchi

(Bologna 5-7 Giugno 1920)

L'annuale Congresso di questa fiorente Società scientifica, la quale è già alla sua seconda riunione dopo l'armistizio, ha avuto luogo testè in Bologna dal 5 al 7 giugno, e merita un particolare rilievo, oltre che per il grande numero dei soci intervenuti e la mole e la importanza delle comunicazioni svolte, anche per la coincidenza con le solenni onoranze tributate all'illustre prof. Domenico Majocchi, direttore della Clinica dermosifilopatica di Bologna, di cui si festeggiava il 40° anno d'insegnamento universitario.

Fra i numerosi soci presenti ricorderemo: Basili, Carruccio, A. Ducrey, C. Ducrey, Malusardi, V. Montesano, Rusca, Terzaghi di Roma; Capellini, Cesari, Ersettig, De Napoli, Lucchetti, Majocchi, Martinotti, Pini, Tarchini, di Bologna; A. De Amicis, Verrotti, di Napoli; Pasini, di Milano; Mantegazza, Mariani, di Pavia; Mazza, di Pisa; Colombini, Morini, Valisnieri, di Modena; Copelli, Pelagatti, di Parma; Fontana, di Torino; Fiocco, di Venezia; Truffi, di Savona, Bertaccini, Rebaudi, di Genova; Sensini, di Ancona; Lombardo, di Sassari; Imparati, Lama, di Ravenna; Cappelli, Mazzoni, Mibelli, Palumbo, Tommasi, di Firenze; Mazzolari, di Cremona; De Favento, Freund, Ravasini, di Trieste.

Il Congresso tenne le sue riunioni nell'aula della R. Clinica Dermosifilopatica, Ospedale di S. Orsola, e fu inaugurato con un applaudito discorso del presidente, prof. A. Ducrey, il quale, dopo aver rivolto un saluto agl'intervenuti e rilevato lo speciale significato che assumeva la presente riunione indetta in occasione dei festeggiamenti giubilari in onore dell'insigne prof. Majocchi, espose l'opera svolta dalla Presidenza in questi ultimi mesi e commemorò con commosse parole i soci defunti, dottori G. B. Locatelli di Brescia, e Benigni di Bologna.

Al Presidente rispose con nobili parole di ringraziamento il prof. D. Majocchi.

Approvato senza discussione il resoconto finanziario letto dal benemerito economo-cassiere dottor Malusardi, ed ammessi alcuni nuovi soci, si passò senz'altro alle comunicazioni scientifiche contenute nell'ordine del giorno.

Di queste ci proponiamo di dare più larga notizia quando verranno alla luce per intero gli Atti del Congresso, i quali saranno pubblicati in uno speciale volume dedicato al prof. Majocchi in occasione del suo giubileo d'insegnamento. Ci limitiamo per ora a far cenno delle più notevoli, come quelle del Pini su di un caso di pseudo-

granuloma Majocchi, di Morini e di Martinotti sulla reazione Sachs-Georgi nella diagnosi della sifilide, di Tarchini su di un caso di osteo-periostite luetica del femore, di Truffi su di un caso di lichen verrucoso diffuso con esito in atrofia.

Nella seduta pomeridiana il segretario V. Montesano lesse le conclusioni della Commissione nominata nella riunione del dicembre u. s., e composta dei professori: Fontana (Torino), Fiocco (Venezia), Radaeli (Genova), la quale doveva riferire sulla proposta della istituzione del certificato prematrimoniale di sanità nei riguardi della sifilide. Le conclusioni della Commissione furono in senso affermativo con alcune speciali modalità: a cura della Presidenza della Società esse sono già state trasmesse alla Direzione générale di Sanità pubblica.

Si ebbero quindi altre comunicazioni, fra cui notiamo quelle di Borelli sulle gomme sifilitiche necrotiche, di Murero sulla psorospermosi, di Ersettig sul bubbonulo, di Rebaudi su di un caso di urticaria da ingestione di mitili studiato dal lato immunitario ed anafilattico, e sul rapporto fra eruzioni medicamentose ed anafilassi, di Freund sulla cura abortiva della sifilide con salvarsan e neosalvarsan, di Verrotti su di un raro caso di sifilide ereditaria tardiva.

Il giorno 6 fu dedicato alle solenni onoranze tributate, per iniziativa di un Comitato di colleghi, allievi ed amici, al prof. Majocchi, nell'occasione del 40° anniversario d'insegnamento universitario. Esse si svolsero nel vetusto Archiginnasio, ove può dirsi erasi dato convegno tutta la Bologna intellettuale, i rappresentanti delle autorità civili e militari, i soci della Società dermatologica, numerosi scienziati stranieri venuti per l'occasione a rendere omaggio al clinico illustre, ed infine un largo stuolo di signore e signorine.

Accanto al festeggiato presero posto al banco d'onore il sindaco di Bologna, il magnifico rettore dell'Università, il prof. Ducrey, presidente della Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia, il prof. Fiocco, presidente dell'Associazione professionale dei Dermosifilografi Italiani, il prof. Silvagni, presidente della Federazione degli Ordini dei medici, i professori Poggi e Putti ed il professor Pini, segretario generale del Comitato ordinatore.

Il prof. Pini lesse le numerose adesioni pervenute per la circostanza; il sindaco di Bologna portò il saluto della città; il prof. Puntoni, rettore, quello dell'Università degli Studi. Con ispirate parole il prof. Ducrey espose la carriera scientifica del Majocchi ed i numerosi e importanti contributi da lui portati agli studî dermo-sifilografici ed infine gli offrì, a nome del Comitato ordinatore, una medaglia d'oro, splendida opera d'arte dello scultore Romagnoli, portante da un lato l'effigie del Majocchi e dall'altro un'iscrizione latina dettata dal ch.mo prof. Albini, dell'Ateneo Bolognese.

Parlarono quindi a nome dell'Associazione professionale il prof. Fiocco; il prof. Pasini per la stampa medica e specialmente per il *Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle*, di cui il Majocchi è uno dei più antichi ed autorevoli collaboratori, il prof. Maggiora, in rappresentanza del Ministro degl'Interni; il prof. Pini, a nome degli antichi assistenti ed aiuti; ed infine uno studente che, a nome degli allievi, offrì al Maestro un'artistica pergamena.

A tutti rispose con nobili ed elevate parole il prof. Majocchi, il quale, dopo aver ringraziato glio oratori e ricordato i suoi antichi assistenti e collaboratori, riassunse in mirabile sintesi i progressi della dermatologia e della venereo-sifilografia in questi ultimi decenni, additò le nuove vie di studî e d'indagini, concludendo, fra i più calorosi applausi, con l'invitare i giovani a perseverare nelle ricerche scientifiche, perchè non è meno doveroso conservare il patrimonio intellettuale conquistato che accrescerlo ogni giorno di più con assiduo e coscienzioso lavoro.

Così ebbero termine le solenni onoranze ufficiali tributate allo scienziato illustre, che rappresentano il degno coronamento ad una carriera accademica dedicata esclusivamente allo studio, alla severa indagine scientifica ed all'insegnamento.

Al Maestro venerato giungano, anche dal nostro giornale, gli augurî più fervidi e sinceri.

Il giorno 7 furono riprese le comunicazioni scientifiche. Fra quelle che destarono maggiore interesse e che dettero luogo a più animata discussione rammentiamo di volo:

Pasini (Milano): Tuberculide migliariforme micro-papulosa (con presentazione di preparati microscopici).

Id.: Intorno alle alterazioni dei nervi periferici nella neurofibromatosi (con presentazione di preparati microscopici).

Fontana (Torino): Sull'inoculazione dello «spironema refringens» sotto la cute dello scroto del coniglio.

Fontana e Sangiorgi: Sugli spironemi dei condilomi acuminati.

Cesare Ducrey (Roma): Poliartrite cronica deformante in una dodicenne affetta da lupus volgare del volto.

Rusca (Roma): Sulla pitiriasi rosea di Gibert.

Augusto Ducrey: Sul così detto sifiloderma pigmentario primitivo del collo (caso clinico e considerazioni).

Murero (Udine): Sulla reinfezione o superinfezione sifilitica.

Cappelli (Firenze): Contributo alla conoscenza della sifilide anomala.

Id.: Linfadenia cutanea circoscritta (con presentazione di fotografie, di moulages e di preparati microscopici).

Id.: Neoformazioni linfatiche della cute (con presentazione di moulages e di preparati microscopici).

Mibelli (Firenze): Contributo complementare ai tentativi di cura radicale della sifilide durante il periodo di seconda incubazione.

Id.: Il contagio sifilitico in occasione di lavoro come infortunio.

Id.: Sul così detto adenoma sebaceo, tipo *Pringle* (con presentazione di fotografie).

Tommasi (Firenze): Un caso di micosi fungoide, d'emblée, con metastasi nel midollo spinale (con presentazione di moulages, fotografie e preparati microscopici).

Tommasi e Barbieri (Firenze): Vulvo-vaginiti blenorragiche.

Lombardo (Sassari): Per la conoscenza dell'endomicosi cutanea.

Id.: Di alcuni casi di vaccinodermi da inoculazione accidentale.

Id.: Porocheratosi a lesioni molto scarse.

Mantegazza (Pavia): Sui risultati ottenuti con l'elioterapia in alcuni casi di tubercolosi cutanea (con presentazione di moulages).

Dopo di che il Congresso stabilì come tema generale per la prossima riunione: la cura abortiva della sifilide.

Esaurito così l'ordine del giorno, il presidente prof. A. Ducrey prese la parola rilevando la grande importanza delle discussioni svoltesi in questo convegno, rinnovò gli augurî e saluti al prof. Majocchi e ringraziando i soci intervenuti per il notevole contributo scientifico apportato con i loro lavori, dichiarò chiusa, fra gli unanimi applausi dei presenti, la XVII Riunione della Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia.

V. Montesano.

Congresso talassoterapico di Monaco.

Indicazioni generali della talassoterapia nella tubercolosi polmonare.

U. Carpi
Docente nella R. Università di Pavia
Medico primario dell'Ospedale civico di Lugano.

Cenni storici. — La storia della talassoterapia afferma un principio di terapia che raccoglie l'esperienza secolare della medicina pratica.

Generalità. — Il problema della cura della tubercolosi è essenzialmente problema di ambiente terapeutico e in questo senso il clima marino acquista un'importanza fondamentale.

Il clima, sintesi di agenti fisiochimici multipli ad azione biologica complessa, è l'elemento fondamentale della talassoterapia.

Una esatta conoscenza delle caratteristiche metereologiche, fisiche, chimiche, elettriche e biologiche dell'atmosfera e del suolo, deve costituire la base scientifica per lo studio degli effetti fisiologici e terapeutici del clima.

Fattori meteorologici e fisioterapeutici del clima marino. — *Temperatura* a regime stabile atta a mantenere nell'organismo l'equilibrio funzionale degli scambi termici e delle reazioni cardiovascolari del ricambio respiratorio ed organico.

Stato igrometrico a regime uniforme relativamente umido atto a ridurre l'evaporizzazione polmonare, a regolarizzare la temperatura del circolo polmonare, ad attenuare la sensibilità della mucosa bronchiale e diminuire la secrezione.

Regime dei venti, a temperatura costante, tiepidi d'inverno, freschi d'estate regolatori dell'equilibrio termico e fattori della purezza atmosferica.

Pressione barometrica elevata, atta a stimolare la profondità respiratoria, a favorire la massima ventilazione di ossigeno atmosferico a volume minimo e ad attivare i processi di combustione organica, realizzando per il dinamismo respiratorio un risparmio funzionale.

Radiazione solare. — Si esplica con raggi caloricifici, raggi visibili, raggi violetti ed ultravoletti. Al mare la luce solare diretta raggiunge in media valori doppi della luce solare diffusa.

L'elioterapia fa parte integrante della talassoterapia. Essa è indicata anche nella tubercolosi polmonare, iniziale, a decorso torpido, specialmente se complicante la scrofolosi. Può essere integrata dalla balneoterapia. Le radiazioni termiche agiscono accumolando nell'organismo energie termiche che stimolano il chimismo della nutrizione e della sanguinificazione, colle reazioni vasomotorie da essi suscitati.

Le radiazioni chimiche ad azione profonda, modificano il metabolismo dei tessuti e vi provocano azioni antitossiche ed antibatteriche.

Proprietà chimiche dell'atmosfera. — Oltre l'ossigeno l'aria marina contiene l'*ozono* in proporzioni sensibili, elemento purificatore e calmante del clima. Minime traccie di cloruro di sodio e di jodio esplicano lieve ma non trascurabile azione terapeutica.

Proprietà elettriche dell'atmosfera. — La buona conducibilità elettrica dell'atmosfera, offre un indice relativo della purezza dell'aria e la sua uniformità contribuisce all'equilbirio degli stimoli nervosi.

Azione terapeutica. — Il clima marino deve riconoscersi un fattore di terapia diretta della tubercolosi polmonare.

La sua azione va intesa nel senso di azione modificatrice del terreno organico individuale e di esaltazione dei processi difensivi dell'organismo contro l'infezione tubercolare. A questa azione concorrono tutti gli elementi costitutivi del clima, sinteticamente attivi, a nessuno potendosi riconoscere l'azione specifica singolarmente.

L'indicazione terapeutica. — L'azione terapeutica integrale nel clima marino ne limita l'indicazione a: 1) candidati alla tubercolosi 2) adenopatie broncomediastimiche, 3) tubercolosi polmonare al primo e secondo stadio a decorso cronico ed a tendenza torpida.

Un'azione terapeutica relativa sintomatica è ammissibile per tutte le forme tisiogene a decorso cronico.

AVVERTENZE.

I quesiti devono prospettare temi d'interesse generale; non devono comportare consultazioni cliniche; non devono riferirsi a indicazioni bibliografiche su argomenti speciali.

Si prega di non formulare più di un quesito per volta. Volendo inoltrare più quesiti, questi dovranno essere scritti su fogli separati.

Perchè i quesiti abbiano esito, devono recare la firma, la residenza ed il numero d'abbonamento del richiedente; se questi ne esprime il desiderio, nel giornale figureranno soltanto le sue iniziali od una sigla convenzionale.

Le risposte seguiranno con la massima sollecitudine consentita dalle esigenze redazionali; ma non è garantita una risposta immediata.

Non si risponde privatamente.

LA REDAZIONE.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA.

Equivalenti mestruali in tubercolotiche.

I periodi mestruali, anche in donne sane, sono spesso accompagnati da fenomeni che si considerano come congestizî (stato di tensione addominale, leucorrea, nevralgie, epistassi, ecc.).

Tali fenomeni sono più evidenti nelle tubercolotiche, le quali da un lato hanno la funzione utero-ovarica più o meno toccata, e dall'altro rispondono esageratamente agli stimoli. Alcuni di questi fenomeni possono essere considerati come veri vicarianti.

Senza tener conto della febbre mestruale, che si osserva talvolta anche nelle sane e che nelle tubercolotiche può essere esponente di fenomeni congestizî, Ch. Sabourin (*Paris médical*, 3 genn. 1920) mette in rilievo l'importanza della *congestione polmonare*, che si osserva in gran parte delle tubercolotiche, con sensazioni di indolenzimento, tosse secca, aumento di umidità delle lesioni, talora anche con vere forme di congestione anche paradossale, verificantesi cioè dal lato sano. Quando tali fenomeni sostituiscono i mestrui, si può parlare di veri equivalenti, poichè rappresenterebbero un modo di eliminazione dei prodotti tossici.

Le *emottisi mestruali* possono manifestarsi senza fatti apparenti di congestione, con lieve rialzo termico, ed in tal caso hanno scarsa importanza, oppure con fenomeni di congestione ed elevamento più sensibile di temperatura. Abbastanza comune è l'*epistassi*, che può sostituire addirittura i mestrui: il *flusso emorroidario* è più che altro in rapporto con la stitichezza. La *diarrea* che si osserva non di rado, in unione con i mestrui, può talvolta sostituirli parzialmente o totalmente: in tal caso è importante distinguerla da processi di enterite.

Vero vicariante può essere la *leucorrea*, che scompare nei periodi intermestruali, e quando l'affezione tubercolare è completamente guarita.

Rare e di scarsa importanza sono la *rinorrea*, la *broncorrea*, le *crisi sudorali*, i *vomiti*. Fra gli equivalenti può ammettersi la *congestione epatica*, che si osserva in tubercolotiche con eredità epatica.

l. b.

I segni del Besodow nella diagnosi precoce e nella terapia della tubercolosi polmonare.

A. Gallotti (*Riforma Medica*, 14 genn. 1920), nel riportare le storie cliniche di diversi ammalati, fa rilevare la grande analogia che presenta la sindrome di Basedow con la tubercolosi polmonare. Abito tisico, a torace cilindrico, iponutrizione, segni obbiettivi polmonari piuttosto scarsi e limitati agli apici, accenno all'emoftoe. Inoltre disturbi cardio-vascolari (tachicardia da 90 a 140, pulsazioni evidenti al collo) disturbi nervosi (cefalee ad accessi, eccitabilità e depressione, cambiamento del carattere, vertigini, insonnia), diarree, a tipo di enterite tossica improvvise e transitorie, tendenza al sudore anche indipendente da ogni fatica, e soprattutto l'ingrossamento della tiroide, verificatosi precedentemente o contemporaneamente al processo tubercolare: tale ingrossamento non è molto notevole e va considerato di origine tossica.

I segni del basedowismo, che non raramente accompagnano la tubercolosi polmonare, possono considerarsi, in molti casi, come probabile sintomo di tubercolosi lantente.

La cura rivolta alla ghiandola tiroide (galvanizzabile al collo ed alla tiroide) combinata con somministrazione di fosfato e cacodilato di sodio, può avere un esito favorevole sul decorso del processo polmonare, fino ad ottenere anche la guarigione.

fil.

Un sintomo dell'ipertiroidismo.

G. Marañón (*Revista Española de Medicina y Cirugia*, novembre 1919) ha descritto nell'ipertiroidismo un sintomo che consiste in un eritema provocato fregando leggermente col dito sulla cute del collo, ove è più intenso che nelle regioni vicine; e se vi è gozzo può essere localizzato o più intenso sulla cute sovrastante ad esso. Questo eritema può essere uniforme o irregolare, liscio o rilevato. Si osserva nell'87 % dei casi d'ipertiroidismo di tutte le forme e non è in rapporto coll'intensità dell'ipertiroidismo, ma piuttosto coll'intensità dei sintomi nervosi, specialmente simpatico-tonici, col sesso femminile, colla giovinezza e colla menopausa. Sarebbe dovuto a una sensibilizzazione dei nervi vasomotori per la eccessiva secrezione tiroidea o per la sua alterata qualità: questa azione si eserciterebbe a mezzo degli ormoni che vanno dalla tiroide alla pelle per via sanguigna e non per un meccanismo nervoso.

CERETTI.

La cura dell'osteomalacia in gravidanza coll'adrenalina.

Un caso riferito dal dott. G. A. Wagner all'Associaz. med. ted. di Praga (*Münchner Med. Woche*, n. 1, gennaio 1920, era complicato da una minacciosa bronchite con bronchiectasia perchè l'ammalata per i violenti dolori al torace non era in grado di espettorare. Poche iniezioni di adrenalina fecero scomparire il dolore e la bronchite potè guarire. In 58 giorni furono iniettati 91 cc. di soluzione di adrenalina originaria, senza nessun danno. Siccome l'osteomalacia nelle gravidanze antecedenti aveva subito un notevole peggioramento, due mesi dopo il parto (parto precoce spontaneo) fu intrapresa la castrazione alla Fehling. Negli ovarii si rinvenne un eccessivo sviluppo delle ghiandole interstiziali.

Trento.

Dott. LEOPOLDO PERGHER.

Il trattamento della sterilità d'origine uterina.

In caso di sterilità, prima di incriminare l'utero, si debbono eliminare le altre cause, quali malattie generali croniche, sequele di malattie acute, intossicazioni, affezioni congenite della vulva o vagina, ecc., non dimenticando che 1/3-1/4 dei matrimoni sterili sono imputabili all'uomo è ricorrendo quindi sempre all'esame microscopico dello sperma.

La sterilità uterina può riconoscere due ordini di cause (A. Coudet, *Journ. de Méd. et Chir. pratiques*, 10 dicembre 1919), la settica e la meccanica.

Sterilità d'origine settica: è la più frequente, la più grave, dovuta il più spesso al gonococco.

Talvolta si limita al solo collo e tale endometrite cervicale dà la sterilità, impedendo il progresso degli spermatozoi, o distruggendone la vitalità. Si ricorrerà a toccamenti prudenti endocervicali con nitrato d'argento (1/50), protargol (1/20), acido picrico (1/200), formalina (10 %). Astenersi da ogni manovra traumatizzante, non introdurre l'isterometro e, specialmente, non ricorrere al *curettage*. Se l'infezione è antica ed i mezzi indicati non danno miglioramenti, ricorrere alle cauterizzazioni.

Sterilità d'origine meccanica. — Meno frequente e meno grave che la precedente; eliminate le malformazioni, ci si può trovare in presenza di un utero infantile di una stenosi del collo, di un ante- o retroflessione.

Quando l'aplasia uterina coesiste con quella di tutto l'apparato genitale, la sterilità è incurabile. Vi sono però molte forme di passaggio, in cui si hanno probabilità di guarigione, usando il massaggio ginecologico, la galvanizzazione, la dilatazione lenta e progressiva, con la laminaria: quest'ultimo è il trattamento di scelta per la stenosi del collo. Raramente è indicato il trattamento chirurgico nell'anteflessione: nella retroflessione può aversi qualche buon risultato anche da quello semplicemente medico.

r. s.

IGIENE.

La chiusura delle scuole in tempo di epidemia.

È questione tuttora dibattuta se le scuole debbano tenersi chiuse quando si sono verificati casi di malattie infettive, o quando comunque infieriscano epidemie. Gran parte dei medici, in Italia, è piuttosto favorevole alla chiusura pensando che il contatto è un potente fattore di trasmissione, che l'atmosfera viziata delle aule, eventualmente anche dei mezzi di trasporto, abbia pure influenza dannosa, senza contare poi che lo scolaro, durante il periodo di incubazione, è suscettibile di diffondere il contagio. I vantaggi che ci si attendono dalla chiusura delle scuole sono appunto quelli di escludere i contatti e di lasciare maggior agio agli scolari per gli esercizî fisici e per la ricreazione.

È indubitato che il ragazzo il quale non frequeta la scuola non subisce i contatti in connessione con questa: ma non è detto che non sia esposto ad altri, magari più intimi e più pericolosi, quali quelli dei cinematografi o di altri spettacoli pubblici o delle chiese. Esso poi, nell'ambiente della casa, spesso anti-igienico in sommo grado, si trova in condizioni ben peggiori che quelle della scuola, senza contare poi che l'esercizio fisico e la ricreazione vengono fatti, dai figli del popolo, in piena strada, fra la ragazzaglia più sudicia.

La scuola invece rappresenta quasi sempre un ambiente abbastanza igienico, in cui con una buona sorveglianza, sia da parte del medico, sia da quella del maestro, è possibile sorprendere in tempo i primi sintomi di malattia infettiva, escludendone l'alunno che li presenti. Il benessere fisico, mentale e morale del ragazzo è spesso ben più curato nella scuola, che in molte famiglie. È chiaro però che quando si tratti di epidemie diffuse, che colpiscono ad un tempo insegnanti ed alunni (come p. e. l'influenza), sia consigliabile la chiusura, anche perchè in simili condizioni la sorveglianza e l' insegnamento sono sempre deficienti.

W. H. Devive (*Boston med. and surg. Journal*, vol. CLXXX) è del parere che quando vi

sia una efficace ispezione medica, i ragazzi siano più sicuri nella scuola, mentre quelli che rimangono a casa non subiscono alcuna ispezione medica, e relativamente pochi hanno visite mediche ai primi sintomi di malattia. Una buona disciplina scolastica poi previene i contatti troppo stretti.

A conclusioni simili arriva il Comitato dell'Ufficio di Educazione agli Stati Uniti (*Public Health reports*, 1919, XXXIV, 2668), il quale consiglia quanto segue: 1° tenere aperte le scuole facendo eccezione per i soli paesi a popolazione sparsa, in cui le riunioni ed i contatti si hanno solo nella scuola; 2° ispezionare frequentemente le scuole, escludendo i casi ed i contatti, *facendo assegnamento più sui dati clinici che su periodi fissi di esclusione;* 3° visite sistematiche nelle case; 4° affidarsi maggiormente ad una buona pulizia fisica, piuttosto che a disinfettanti chimici.

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1141) *Iniezioni di latte.* — All'abb. n. 6830:

La cura col latte appartiene alla recente pratica terapeutica detta: *proteinoterapia aspecifica.* Non è fondata su principî di immunologia, anzi è in opposizione a quelli già noti; numerose teorie, che è superfluo enumerare, poichè di esse nessuna è ancora accettabile, tentano di spiegare i fenomeni osservati in seguito alla introduzione parenterale di proteine, e i risultati curativi ottenuti. Questi ultimi sono secondo alcuni miracolosi e si ottengono in tutte le malattie; secondo altri, e sono i più, risultati innegabili si hanno in una certa percentuale di malati di malattie infettive (tifo, eresipela, polmonite, ecc., ecc.), ma sono risultati incostanti ed imprevedibili.

Credo che allo stato attuale delle cose sia necessario che il medico pratico attenda una ulteriore esperienza, consolidata da sana critica: esperienza e critica devono essere esercitate in ambiente di serena osservazione.

t. p.

(1142) *Il bagno nell'influenza infantile a sindrome tifosa.* — Al dott. F. D. S. da C.:

In tesi generale, nelle forme influenzali dei bambini, a sindrome tifosa, con alta temperatura, può il bagno essere consigliato, se non esistono particolari controindicazioni. È prudente però non giungere a bassi gradi, e sorvegliare il malato diligentemente.

t. p.

(1143) *Angina di Plaut-Vincent.* — Al dott. C. F.:

Si presenta in due forme: difteroide ed ulcerosa. Nella prima si formano sulle tonsille delle membrane di un colore grigio sporco, che aderiscono, meno tenacemente che quelle difteriche, e cadono abbastanza presto, lasciando placche ulcerose di difficile guarigione.

Nella forma ulcerosa, si ha una necrosi precoce dei tessuti, che lascia ulcerazioni le quali ricordano quelle sifilitiche.

La prima forma può prestarsi a qualche confusione con la difterite, da cui si differenzia particolarmente con l'esame batteriologico. Nell'angina di Vincent si ha il reperto del bacillo fusiforme con sottili spirochete. Il siero antidifterico è inefficace. Utilissimo è il trattamento topico con emetina.

r. s.

(1144) *Disinfezioni di ripiego.* — All'abbonato L. N.:

Quando non si disponga di apparecchi adatti e debbansi eseguire disinfezioni d'urgenza, si potranno trattare le biancherie immergendole per un'ora nella soluzione acida di sublimato corrosivo 2 p. mille entro un recipiente qualsiasi di legno o terra cotta, dandole poi al bucato dopo averle bene spremute. Indi, si impianterà una specie di stufa a vapore, togliendo il fondo ad una botte, accuratamente raschiata e ripulita all'interno, la quale verrà posta verticalmente sopra un paiolo contenente acqua in ebollizione. Gli abiti da disinfettare mediante uncini verranno appesi al fondo superiore, nel mezzo del quale sarà un foro per applicarvi un termometro. Quando il vapore comincia a svilupparsi abbondantemente, segnando la temperatura di 98°-99° C., ha principio l'operazione utile, che sarà protratta per 45' minuti.

I tessuti di lana e la lana dei materassi, gli scialli e simili possono disinfettarsi sottoponendoli alla bollitura in acqua semplice.

Per disinfettare pareti e soffitto, mancando la spruzzatrice adatta, si adoprerà una comune pompa da solforare le viti usando possibilmente un disinfettante diverso dal sublimato corrosivo. Si ricordi, da ultimo, che il fuoco è consigliabile per gli oggetti di poco conto e che l'azione dei raggi solari è energica e pronta specialmente sulle forme vegetative dei più noti germi patogeni (carbonchio, tifo, difterite), mentre invece lo sputo tubercolare abbisogna di un'esposizione prolungata).

a. p.

(1145) *Trattati d'igiene navale e di patologia esotica.* — Al dott. V. E. Babagliati, Moncalvo:

Il migliore trattato di igiene navale è quello del colonnello medico prof. C. M. Belli, pubblicato dalla Società Editrice Libraria; quest'opera non ha rivali di valore nelle letterature mediche straniere.

Il miglior trattato di patologia esotica è quello collettivo del Mense (*Malattie dei paesi tropicali*) di cui esiste una versione italiana riveduta, corretta ed aumentata dai traduttori e pubblicata dall'Unione Tipografico-Editrice Torinese.

Esiste anche una traduzione del trattato inglese del Manson, ed all'infuori di questi sono consigliabili:

1° Il *Trattato elementare di malattie tropicali* del prof. U. Gabbi;

2° Il *Précis de pathologie exotique* del Le Dantec (Paris, Octave Doin).

f. z.

(1146) *Trattati di fisiologia.* — All'abb. n. 1085:

Oltre al Luciani, suggeriamo: E. GLEY, *Traité de Physiologie.* Paris, Librairie J. B Baillière et Fils, Rue Hautefeuille, 19. — N. ZUNTZ e A. LOEWY, *Fisiologia dell'uomo.* (Traduzione italiana di B. Brunacci. Unione Tip. Editrice Torinese, Torino.

s. b.

(1147) *Trattati d'ostetricia.* — Al dott. A. Costa, abb. n. 102721:

Veda le risposte date lo scorso anno a pagina 1155, n. 1049 (leggere: trattati estesi....) e due anni or sono a pag. 1009, n. 991.

r. b.

(1148) All'abb. n. 11060:

L'abbonato potrà consultare la recente pubblicazione: LACAPÈRE: *Le traitement de la syphilis avec les composés arsenicaux.* Parigi, 1920, editore Masson e C.

V. M.

(1149) *Azione dell'ioduro potassico nella Wassermann.* — All'abb. n. 2974:

È possibile che il joduro potassico, che si adopera efficacemente nella cura della sifilide, specie nel periodo terziario, modifichi la W. R. fino a renderla negativa.

V. M.

Preghiamo i nostri lettori dall'astenersi di richiedere nella « Posta degli abbonati » notizie bibliografiche

Il nostro giornale ha una rubrica « Cenni bibliografici » in cui sulle opere più moderne e più importanti si richiama l'attenzione dei lettori.

Inoltre nell'indice di ogni annata, redatto con estrema diligenza, si può facilmente ritrovare la indicazione degli articoli più recenti, dei maestri più autorevoli.

Si fa pure viva preghiera di non domandare giudizi « su casi particolari »: nessun diagnostico, nessun consiglio terapeutico può razionalmente essere fornito a distanza, senza la visione del malato.

CENNI BIBLIOGRAFICI

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

E. MARAGLIANO: *Lezioni Cliniche.* — Società Editr. Libraria Milanese, 1920. — L. 35.

Il libro raccoglie, rivedute e coordinate, le lezioni del prof. Maragliano dettate nella R. Università di Padova agli studenti militari: in esso tre argomenti sono affrontati principalmente, quello della tubercolosi, delle cardiopatie, quello delle nefropatie. Lezioni isolate sono dedicate al terreno organico nei suoi rapporti con la clinica, all'adiposi dolorosa, al tifo e paratifi, ai concetti sulla febbre.

Nuovi orizzonti a proposito delle malattie tubercolari del polmone, delle cardiopatie, delle nefropatie si schiudono nel campo delle scienze mediche: in verità i trattati di patologia e le monografie isolate s'infiorano con lusso di tutte queste nuove conquiste; ma talora con critica talmente insufficiente, da non giustificare le rinunzie a qualche conoscenza del passato.

Nel libro del Maragliano le nuove conquiste incontrano il fine crivello della mente d'un clinico, che parte dal malato e sul malato ritorna dopo aver esercitato opera di sapiente critico. Leggete i capitoli sulla sufficienza del miocardio, leggete i poderosi capitoli sulle nefropatie e sulla insufficienza renale; sarete grati all'A. che vi avrà tenuto avvinto per ore al suo piccone demolitore o alla sua sapiente opera di ricostruzione.

I medici italiani per troppo poco tempo restano a contatto coi maestri di clinica, per troppo tempo sono schiavi dei trattati di patologia: noi siamo grati al prof. Maragliano che, con questo volume di lezioni, si è fatto promotore di una lodevole iniziativa, che speriamo sarà seguita dagli altri clinici italiani.

t. p.

U. BACCARANI: *Lezioni di Clinica medica ospitaliera.* — Licinio Cappelli, edit., Bologna, 1920. — Lire 18.

L'A. esercita nell'ospedale civile di Ancona, di cui è direttore e medico primario: quivi egli ha tenuto una serie di lezioni, che ora raccoglie in volume.

Nel libro si tratta della meningite cerebrospinale epidemica (meningite ritardata, ondulante, chiusa), delle infezioni ebertiane (tifosi a forma epidemica), della sepsi reumatica, della febbricola faringea, dell'influenza, delle infezioni da tetrageno, delle congestioni pleuropolmonari diplococciche, della cortico-pleurite tubercolare, delle cure remineralizzanti, delle

stafilococcemie, delle febbri metainfettive, delle convalescenze atipiche e del marasma postinfettivo. I titoli dei capitoli sono una fedele immagine del contenuto: l'A. è un perspicace ricercatore delle sindromi non comuni della clinica, è un audace assertore delle convinzioni, che a lui hanno dato lunga pratica ospitaliera e studio accurato in determinati campi della patologia clinica. Si è perciò che il libro racchiude un particolare indirizzo personale, che noi crediamo discutibile, se applicato come mezzo di diffondere e divulgare ai medici pratici le conoscenze della clinica moderna.

Se pure il titolo del libro e i metodi di scelta possono trovarsi dissenzienti, nel volume è racchiuso il frutto di una vivace intelligenza e di un abile espositore, che compenserà ad usura il lettore.

t. p.

Proceedings of the medical conference held at the invitation of the Committee of Red Cross Societies. — Cannes, April 1 to 11 1919. Un vol. in-4 di 178 pag. con tavole e figure, rilegato. Pubblicato dalla Lega delle Società della Croce Rossa, Ginevra.

Cessata la guerra, l'attività della Croce Rossa è stata rivolta ai grandi problemi igienici, con la speranza di stornare dall'umanità i grandi flagelli che la minacciano: la tubercolosi, la malaria, le malattie veneree, ecc. Allo scopo di adottare un piano di lotta, che permetta l'unione di tutti gli sforzi, si sono riunite nell'aprile dello scorso anno, a Cannes, le Società delle diverse *Croci Rosse;* questo volume pubblica i resoconti del congresso, e ci fa quindi conoscere le decisioni prese in proposito. Oltre alle accennate malattie, sono stati trattati altri temi, come l'organizzazione dell'ufficio centrale di Sanità pubblica, la protezione dell'infanzia, la profilassi generale, statistica ecc. Diversi erano gli italiani presenti, che vediamo riprodotti nelle numerose fotografie: citiamo fra essi Maragliano, Marchiafava, Gosio, Golgi, Bastianelli, Valagussa, Badurel: il Ducrey è stato nominato presidente della sezione per le malattie veneree.

l. b.

Atti della III Conferenza interalleata per l'assistenza agli invalidi di guerra. — Un vol. in-4 di pag. 940. — Tipografia « La Rapida », Roma.

Questo volume è prova della viva partecipazione dell'Italia e degli Stati alleati all'opera doverosa ed umanitaria di assistenza e di rieducazione in vantaggio degli invalidi di guerra, opera che fa perdurare ora, in tempo di pace, l'unione cementata sui campi di battaglia.

I lavori delle singole sezioni riguardano i mutilati e storpi osteo-articolari, i ciechi, gli invalidi nervosi, i mutilati della faccia, i sordi e muti. Anche l'invalidità per malattie interne non è stata trascurata e nella speciale sezione, vi sono state notevoli relazioni sulla tubercolosi (Ronzoni, Alessandrini P., Baduel), sulla malaria (Ascoli V.), sui cardiopatici (Galli G.). Nelle sedute a sezioni riunite sono poi stati trattati argomenti d'indole generale, quali la protezione permanente degli invalidi (Barthez), le pensioni (Valentino, Ricci), le scuole di rieducazione (Loriga, Kaye, Vallon), ecc.

l. b.

VARIA

Influenza del telefono sulla salute.

Il dott. Copeland, commissario sanitario di New York, esprime l'opinione che il disservizio telefonico, il quale delizia le Americhe non meno del vecchio mondo, possa avere influenze definite sullo stato sanitario.

Da una parte esso è in grado di danneggiare il sistema nervoso di persone molto irascibili, costrette a servirsi spesso del telefono. D'altra parte però è anche in grado di esercitare un'influenza salutare su molte persone costrette a dominarsi, a educare i loro poteri d'inibizione; così in questi ultimi tempi i reclami sono diminuiti, non già perchè il servizio sia migliorato, ma perchè gli utenti vanno trenandosi e rassegnandosi al nuovo regime.

In un altro campo il disservizio telefonico è però in grado di recare un pregiudizio sanitario: quando, nei casi d'urgenza, viene richiesto l'intervento di un medico o l'accorrere di un'ambulanza, una mancata o tardata comunicazione può cagionare un danno grave al soggetto colpito. Per fortuna però si tratta di contingenze non comuni.

(*American Medicine*, maggio 1920).

R. B.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

TURCO NATALE: *Il trattamento « morale » dello scrupolo e dell'ossessione morbosa* — Vol. I. *Questioni teorico-pratiche fondamentali.* Vol. II *Punti di vista morali-religiosi da utilizzare nella cura.* — Torino, 1919, 1920.

RISQUEZ JESUS RAFAEL: *La Bilharziosis Marsoni en Venezuela.* — Caracas, 1918.

CORVETTO ANIBAL: *Espiroquetosis bronco-pulmonar de Castellani.* — Lima, 1918.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE.

Sull' assicurazione statale contro le malattie.[1]

Ancora le modalità del compenso ai medici.

Abbiamo detto che, in regime assicurativo, così il medico fiduciario come quello scelto liberamente possono essere retribuiti in base alle prestazioni fatte, ovvero per capitazione. Esamineremo adesso queste due modalità di compenso.

Pagamento delle prestazioni.

La retribuzione delle prestazioni, regolata su tariffa, è stata molto discussa tra noi.

Ha avuto convinti fautori; se n'è fatto apostolo Martinelli, il quale trova che « è interesse dei medici e più degli ammalati che l'opera del medico sia remunerata a tariffa »; egli vorrebbe che fosse istituito il medico fiduciario, al quale spetterebbe il monopolio dell'assistenza medica agli assicurati della propria zona, e che fossero compensate le sue singole prestazioni; anche Fatichi è per una retribuzione decorosa a visita, ma ammette la libertà di scelta del medico; per la retribuzione a visita in regime assicurativo si dichiarano Montanari e altri; invece sollevano obbiezioni Zambler, Gasca, Fraccari, ecc.

***

Il compenso regolato sulle prestazioni è, certo, passibile di gravi critiche.

È irrazionale: costituisce un mezzo troppo empirico per valutare l'opera prestata dal medico. Sappiamo bene che cento visite possono valere incomparabilmente meno di una sola che porti alla retta diagnosi, ad una cura idonea ed alla guarigione; eppure vengono ad essere compensate cento volte di più....

Ricorrono alla nostra mente gli esempi.

V. Ascoli ha posto magistralmente in luce, alcuni anni or sono, tutta l'incongruenza di questo sistema per così dire tassametrico, ancora generalmente seguito nell'esercizio libero; egli ha fatto valere l'utilità di sostituirvi criteri più qualitativi, meno grezzi e semplicisti, per es. la *tassazione globale*.

Il compenso regolato sulle prestazioni è anche antisociale, poichè può creare nel medico l'interesse a veder aumentare il numero dei malati e prolungarsi la durata delle malattie per moltiplicare i suoi proventi. Un periodo protratto di scarsa morbosità può divenire, pur troppo, una vera jattura per molti medici, i quali traggono invece il massimo vantaggio dai periodi di gravi ed estese epidemie! Siamo abbastanza ottimisti per essere convinti che la generalità dei medici si difenda dal compiacimento o dal desiderio antiumano ed iniquo di accrescere la propria fortuna economica sull'estendersi, aggravarsi o prolungarsi dei mali dei loro simili; ma sarebbe bene di sopprimere una consuetudine di compenso, la quale può ingenerare questo stato d'animo. Vorremmo avvicinarci alquanto alla Cina, ove si retribuisce il medico di famiglia solo quando si sta bene...

L'inconveniente sopra segnalato è oggi poco avvertito, perchè la vigilanza del malato e le tradizioni di rettitudine della classe medica valgono a correggerlo; ma in regime assicurativo l'interesse del malato e quello del medico potrebbero concorrere, invece, ad aggravarlo.

Ne deriverebbero intollerabili abusi, già più volte osservati: tutte le volte che il pagamento in base alle prestazioni è stato attuato senza temperamenti, è divenuto molto oneroso per l'ente assicuratore.

Accade, infatti, che i medici rinnovino troppo spesso le visite e, specialmente, che molti assicurati abusino del medico messo gratuitamente a loro disposizione: lo fanno chiamare per inezie, lo reclamano tutti i giorni ed anche più volte al giorno. Se il medico vi si presta, le visite si moltiplicano molto al di là del necessario, con danno della diligenza e della serietà del lavoro.

Di più è da considerare che quasi tutte le visite terminano con una prescrizione, poichè il malato si lagna del medico, se questi si ritira senza lasciare una ricetta; quindi le spese per l'assistenza sanitaria si aggravano.

Tutto ciò, anche a non mettere in bilancio la possibilità e la facilità di frodi: malattie lievi incoraggiate e secondate dal medico e che tendono a diventare interminabili; malattie simulate con la connivenza e la complicità del medico; visite fittizie, ecc.

Risultato: l'istituto assicuratore deve pagare onorari elevatissimi ai medici, deve corrispondere somme ingenti ai farmacisti, è gravato da fortissime indennità per gli assicurati. La retribuzione ad onorari tende così a risolversi in una cuccagna per i sanitari e per gli assicurati, ma fa correre una vera avventura all'istituto assicuratore, esposto ad incognite pericolosissime.

(1) Vedi fasc. 28, pag. 744.

***

Non è ammissibile che gl'incaricati della gestione finanziaria non valutino il grave pericolo, e perciò non tendano con tutte le forze loro a scongiurarlo ed a far trionfare, invece, altre forme di retribuzione. Martinelli osserva che, pur di diminuire il coefficiente del rischio, sarebbero disposti ad accordare rispettabili stipendi ai medici. La cosa ci sembra più che naturale: non è presumibile che essi vadano tranquillamente incontro ad una catastrofe.

I rappresentanti delle organizzazioni operaie, al Convegno della Confederazione generale del lavoro, si mostrarono anch'essi decisamente contrari alla rimunerazione dei medici visita per visita, la quale si presterebbe ad abusi difficili a controllare.

Martinelli non se ne preoccupa troppo. « Abusi? controlli? — egli dice —. Sono particolari degni di studio ma che non debbono intaccare il principio ». Egli del resto crede improbabili gli abusi poichè i medici, « per il grado di coltura, per la stessa delicatezza della loro missione, devono ritenersi dotati di senso morale superiore...; non si deve bollare tutta la classe con un marchio umiliante e demoralizzante di sfiducia e disistima ». Anche Nardelli spera che l'onestà e la dignità dei medici siano una garenzia sufficiente. Ma è certo che nella classe medica gli elementi inferiori non mancano (la legge sugli infortuni informi): essi basterebbero a screditarla ed a pregiudicarla tutta. D'altra parte perchè sollecitare i bassi istinti, perchè creare l'occasione di mettere alla prova la debolezza umana? Martinelli invoca almeno una prova; ma perchè cominciar male?

Egli presume che, se pure qualche abuso ci sarà, non deve allarmare: « il danno cagionato alle casse da qualche visita in più, da parte di medici troppo zelanti, è da temere meno del danno al capitale di salute e di lavoro cagionato da qualche visita in meno, da parte di medici poco zelanti perchè pagati a *forfait* ». Anche Nardelli esprime l'opinione che, presumibilmente, gli abusi sarebbero tanto pochi da metterli in bilancio senza pericolo di fallimento. Se non che, l'esperienza fatta da alcune mutue e casse generali smentisce queste presunzioni ottimiste: i pericoli temuti non sono immaginarî.

Montanari si affida al buon senso degli assicurati, i quali dovrebbero sapere che i contributi da pagare saranno tanto maggiori, quanto più si sarà sperperato nella richiesta di visite e di lavoro non necessario da parte del medico. Sarebbe come illudersi che i postulanti ad impieghi pubblici possano desistere dalle loro insistenti richieste, unicamente perchè dovrebbero sapere che le imposte pagate da tutti diverranno tanto maggiori quanto più aumenterà il numero degli impieghi non necessari: ma essi, evidentemente, si preoccupano ben poco del risultato remoto e mirano solo al vantaggio personale diretto... Montanari invoca anche una serie di sanzioni e difese contro il medico il quale facesse troppe visite e perciò le facesse male; esse verrebbero poste quasi automaticamente in atto dagli assistiti stessi, dalla pubblica opinione, dal giudizio dei colleghi, dalle limitazioni di zona, dai metodi di controllo.

Tra questi mezzi, qualche efficacia può sperarsi solo dai controlli: controlli fra medici e pazienti, dei medici fra loro e, sovratutto, dell'istituto assicuratore, per mezzo di medici ispettori che avrebbero diritto di sindacare l'opera del medico curante, di chiedere spiegazioni delle troppe visite, di accertare le diagnosi e le prognosi, ecc. Questi controlli rigorosi intaccherebbero non tanto la capacità, quanto la moralità dei medici e ingenererebbero uno stato di disagio. D'altra parte è difficile concepire come dovrebbero essere organizzati per far sparire praticamente gli abusi. I quali possono assumere proporzioni formidabili: se un medico non resiste abbastanza alla tendenza di moltiplicare le visite e di prolungare la durata del trattamento, se egli si lascia andare a prestazioni inutili e sovrabbondanti, può gonfiare quasi a volontà la sua nota d'onorari, poichè i pazienti trovano il loro tornaconto a secondarlo; non è inammissibile che egli riesca a fare, di fuga, un centinaio di visite al giorno (è stato rilevato che nei grandi casamenti operai una rapida capatina gli consentirebbe facilmente tutta una serie di visite di ripiego); a metà delle tariffe correnti degli Ordini, egli potrebbe introitare, così, centinaia di migliaia di lire all'anno...

Evidentemente, voler instaurare *tout court* il pagamento a visite, è una pretesa irraggiungibile. Prospettare questa possibilità non significa, certo, ingannare di partito preso la classe medica, ma significa illuderla.

***

A parte ogni altra considerazione, quanto abbiamo detto basta per comprendere che questa modalità di compenso non è applicabile integralmente.

Si è ricorso ad espedienti, come quello di far pagare dal malato una piccola quota per

ogni visita richiesta o subita: egli esiterebbe a spendere anche in misura modestissima, di modo che si avrebbe un freno alle sue eccessive esigenze ed alla eccessiva solerzia dei medici. Ma questa variante, sperimentata da alcune mutue francesi sussidiate dal Governo (in specie nel dipartimento del Rodano, ove è nota col nome di *sistema lionese*), non ha dato i risultati attesi, poichè non si è trovato il mezzo di rendere obbligatorio il pagamento da parte dell'assicurato, ed il medico si contenta di ricevere la sola quota dell'istituto assicuratore.

Per ovviare a quest'altro inconveniente, è stato proposto da Bosredon l'uso di tagliandi che verrebbero venduti ai soci; questi rimetterebbero ai medici, in corrispettivo delle visite, i tagliandi stessi, su cui verrebbe effettuato il pagamento integrale dall'istituto assicuratore; ma gli abusi e le frodi sarebbero ancora possibili: per es. l'accaparramento di tagliandi da parte di medici disonesti, che poi se li farebbero rimborsare realizzando la differenza.

Questi correttivi ci sembrano da scartare non solo perchè poco efficaci, ma anche perchè, a scopi profilattici e sociali, conviene di agevolare al massimo grado la richiesta dell'opera del medico rendendola in tutto gratuita.

Si sono escogitati anche altri ripieghi. Per esempio a Winterthur (Svizzera), dopo un lungo sciopero dei medici delle assicurazioni, fu adottato il pagamento a prestazioni, stabilendo però un limite massimo di fr. 0.60 per giornata di malattia ai medici e di fr. 0.40 per le medicine; ma sopravvennero egualmente degli abusi (imputati ad un medico, il quale ruppe la disciplina), e il concordato venne denunziato dalla Cassa; dopo lunghe negoziazioni fu creata una cooperativa sanitaria in cui i medici finirono col ricevere un trattamento a *forfait*.

A Zurigo si è provveduto a corrispondere ai medici le note d'onorario solo fino a concorrenza delle risorse della Cassa.

L'unico mezzo pratico per applicare il compenso a prestazioni, si è dimostrato quello di assegnare ai medici di una località (distretto, città, contea, ecc.), o di uno stesso ente (mutua, cassa generale ecc.) una somma globale (*Pauschale* dei tedeschi), per solito proporzionata al numero degli assistiti; essa viene poi ripartita per il numero delle prestazioni, in modo da avere il prezzo unitario di queste; il computo dei compensi ai singoli medici viene fatto, infine, moltiplicando il numero delle prestazioni di ciascuno per il prezzo unitario di esse.

In questo modo si ottiene un bilanciamento tra disponibilità dei fondi e spese per i servizi medici e l'Istituto assicuratore viene posto al sicuro da ogni alea.

Supponiamo che ai medici di una città spetti, per un mese, la somma di 100.000 lire; se le visite eseguite complessivamente, in servizio d'assicurazione, ammontano a 200.000, ogni visita viene ad essere retribuita 50 centesimi in media; se invece sono state soltanto 1000, per ogni visita competono 100 lire.

Siccome le prestazioni sono molto dissimili, non potrebbero essere compensate tutte in eguale misura: perciò si rende necessaria una *tariffa-base*, che contempli specie le più importanti di prestazioni; per solito, quando si deve procedere alla ripartizione della somma spettante per un dato periodo di tempo, si determina prima il prezzo unitario delle varie specie di prestazioni fatte in questo periodo, proporzionatamente alla tariffa di base.

Per esempio a Liverpool venne stabilita la seguente tariffazione: visita a domicilio del medico scellini 2, a domicilio del paziente 2.5, mattutina 3.5, notturna 5, operazioni di piccola chirurgia e somministrazione di anestetico 21; se il montante delle quote difetta od eccede, al momento di procedere alla ripartizione la tariffa viene ridotta od aumentata in proporzione. Analogamente si è proceduto a Manchester.

In alcune città tedesche si è preferito, invece, di stabilire una tariffa-base per *punti;* ad esempio, la visita a domicilio del medico è computata 1 punto, quella a domicilio del paziente 2, e così via, sino agli interventi di alta chirurgia. In tal modo la ripartizione risulta molto semplificata: basta fare la somma dei « punti » corrispondenti al totale delle prestazioni, calcolare il valore di un punto e infine moltiplicarlo per i punti che competono a ciascun medico.

Anche da questo sistema sono derivati non pochi inconvenienti, fra cui la tendenza dei medici al *polipragmatismo*. Essi si avventurano ad eseguire interventi specializzati e difficili anche se superiori alla propria capacità, per conseguire le competenze relative a queste prestazioni meglio retribuite. Esemplificando, sono segnalati casi di fratture mal consolidate, di occhi perduti, ecc., per opera di medici delle assicurazioni non addestrati nella chirurgia, nell'oculistica, ecc. Si è dichiarata anche la tendenza ad un'eccessiva operosità terapeutica: sono segnalati interventi chirurgici per lo meno inutili.

Si è rimediato solo in parte a questa causa di danni e di scandali, escludendo dalla tariffa-base gl'interventi tecnici troppo specializzati; p. es. in alcune case tedesche non vengono considerate che due specie di prestazioni: visite semplici e consulti (convegni di due o più medici).

Un altro gravissimo inconveniente rende molto insidioso il sistema e del tutto sconsigliabile ai medici: questi si affaticano a moltiplicare le visite, in concorrenza con i colleghi; ma il valore di ogni visita si riduce in proporzione del numero e si corre il rischio che diventi addirittura irrisorio.

In Germania il pagamento a visite condusse al risultato che le visite non si pagavano più a marchi, ma a pfennighe, ossia a centesimi di marco! Così a Bonn il prezzo delle visite discese perfino a 60 pfennighe; poi si alzò alquanto, grazie alla vigilanza della Commissione medica interna, ma rimanendo sempre scarsissimo; altrove si ridusse anche sotto i 50 pfennighe! Malgrado il sistema del « Pauschale », che esercita un'azione inibitrice sui medici, malgrado la sorveglianza complementare della Commissione medica interna, non è raro che alcuni medici mettano insieme oltre 20,000 prestazioni in un anno; quindi risulta inevitabile il deprezzamento e il rinvilio estremo dell'opera del medico.

Mette conto di accogliere una retribuzione così malamente regolata, qual'è quella a visite, per raggiungere risultati così infelici?

Capitazione.

Il compenso « per capita », cioè proporzionale al numero delle persone che il medico s'impegna ad assistere, elimina quasi tutti gli inconvenienti del pagamento a visita. E' d'applicazione facile, quasi automatica; rende quasi del tutto impossibili le frodi; risponde ad un interesse sociale, poichè il medico ha tutti i vantaggi a fare che i clienti stiano bene e che le malattie durino il meno possibile, per ridurre il suo lavoro, o meglio per consacrarlo ad altri scopi: così egli rende a loro ed a sè il migliore dei servigi.

Per tutti questi motivi la capitazione diviene sempre più diffusa e accreditata. Anche i rappresentanti delle nostre organizzazioni operaie si sono dichiarati disposti a consentirvi.

Ma affinchè essa risponda ai requisiti sopra enunziati, deve soddisfare ad alcune condizioni ovvie.

Non dev'essere destinata a costituire un fondo globale cui attingere per retribuire, poi, i medici a tariffa od a *forfait*, poichè allora viene ad essere associata a queste due forme. La vera capitazione va intesa quale compenso corrisposto al medico *personalmente* in ragione del numero dei *suoi* assistiti.

Se, però, questa capitazione viene applicata ai fiduciari di zona (i quali avrebbero l'esclusività dell'assistenza sanitaria assicurativa), si risolve ancora in un pagamento a *forfait* assimilabile allo stipendio fisso, tolte le oscillazioni inerenti al numero variabile degli abitanti: i benefizi suddetti restano allora in tutto od in parte neutralizzati e frustrati dal « funzionarismo » che prende il sopravvento e che è caratterizzato dal disinteresse per il proprio lavoro. L'unica variante di qualche portata, rispetto allo stipedio fisso, verrebbe data da una maggiore complicazione. Naturalmente tra le varie zone sussisterebbero sperequazioni redimibili, inerenti al numero di inscritti.

Dalla capitazione si ottiene la massima efficienza solo associandola con la libera scelta, la quale comporta la concorrenza, che è una delle molli più potenti dell'attività umana. Alla libera scelta vanno connessi i vari inconvenienti già segnalati e che le sono propri, ma abbiamo dimostrato come si possano ridurre od eliminare (limitando il numero degli assistiti da ciascun medico, tenendo alto il compenso unitario, organizzando i controlli, applicando i metodi misti, di cui ci occuperemo tra poco, ecc.).

In alcune contrade italiane già esiste una specie di assicurazione libera contro le malattie, con compenso capitario: è l'*abbonamento* delle famiglie che non hanno diritto all'assistenza sanitaria gratuita: per solito il capo della famiglia corrisponde al medico un modesto contributo annuo fisso, qualunque siano le persone che la compongono; naturalmente per le famglie numerose, che sono anche le più soggette a malattie, il compenso risulta inadeguato. Si hanno anche altre forme di abbonamento per famiglia; ad esempio, in alcune Casse tedesche sono stabilite delle differenze nelle quote, tra i soci celibi e gli accasati.

Più razionale è il corrispondere un compenso per ogni persona che il medico s'impegna ad assistere: è questo, evidentemente, il solo sistema cui competa la qualifica di capitario. In tale sistema l'assistenza medica può essere ristretta ai soli assicurati, ovvero estesa ad altre persone che hanno rapporti più o meno indiretti con l'assicurazione: così in Inghilterra lo è ai vecchi oltre 70 anni, che sono usciti dai ranghi degli assicurati contro le malattie; lo è alle mogli di assicurati, se per qualche tempo sono state inscritte; lo è agli indigenti, cui provvedono i tutori dei poveri; inoltre si tende, sempre più irresistibilmente, ad estendere l'assistenza medica a tutte le persone di famiglia degli assicurati, corrispondendo al medico il compenso capitario relativo.

In tal modo viene soppresso ogni carattere caritatevole dell'assistenza medica alle famiglie povere; si evitano duplicati e interferenze

dannose nell'assistenza stessa, la quale diviene anche più completa; si rende più organica la profilassi; si provvede meglio all'economia generale dei servizi sanitari.

La misura del compenso può essere diseguale (così a Francoforte e in molte altre città tedesche, per i membri di famiglia degli assicurati si corrisponde al medico solo una piccola quota supplementare); oppure può essere uniforme per tutti gli assistiti (come si riuscì ad ottenere dai medici di Lipsia, dopo una lunga lotta; avvertiamo che per solito in Germania la capitazione è destinata a costituire un fondo globale).

Ne troviamo qualche esempio anche in Italia, in comuni a condotta residenziale, in forma di abbonamento dei non indigenti.

Il criterio dell'eguaglianza delle quote capitarie è non solo più semplice, ma anche più equamine, poichè la morbosità media delle persone di famiglia (soci aggregati) suol essere di poco inferiore a quella degli assicurati (soci attivi).

Metodi misti.

Abbiamo riconosciuto che ognuno dei metodi presi fin'ora in esame presenta difficoltà e difetti; per eliminare praticamente i più gravi inconvenienti, non resta altra via che associare e combinare tra loro i vari metodi, addivenire a temperamenti e compromessi.

Varie vie sono possibili; ad alcune abbiamo già accennato (così ai tentativi fatti per conglobare il pagamento a visite con quello capitario); ma secondo noi lo scopo principale da raggiungere consiste nell'associare un compenso fisso con uno variabile: il primo vale ad impedire la possibilità che gl'introiti scendano al disotto di un limite minimo, il secondo vale a tener desto lo stimolo al lavoro.

Si tratterebbe, essenzialmente, di assegnare ai medici delle assicurazioni — o meglio ad una forte percentuale di essi — uno stipendio per mansioni e per doveri determinati, come l'obbligo della residenza in una data località o zona, di modo che questa non rimanga mai sprovvista di medico; quindi l'obbligo di provvedere ai casi urgenti; eventualmente l'obbligo di tenere un ambulatorio aperto in ore determinate, di gestire un armadio farmaceutico, ecc. Lo stipendio base o indennità residenziale — specie di *forfait* — assegnato per tali scopi, sarebbe integrato da un compenso variabile per le prestazioni che il medico s'impegna a dare o che dà effettivamente agli assicurati od a chi per essi. È una proposta che noi avevamo avanzata da tempo in questo periodico e che coincide con quella formulata, in seguito, dalla Commissione ministeriale.

Non vogliamo entrare qui nel problema della delimitazione delle zone; ci limitiamo a dire che, almeno temporaneamente, converrebbe lasciare immutata l'attuale circoscrizione delle condotte, con gli attuali titolari, assegnando a questi, quale stipendio-base, i proventi fissi di cui già godono, con i diritti acquisiti relativi alla pensione, agli aumenti, ecc., il tutto da corrispondere solo per le mansioni sopra segnalate. Non sarebbe questa una grande conquista per i medici condotti, dato lo svalutamento del denaro e, sovratutto, la necessità di addivenire ad una sistemazione economica più decorosa di quella attuale. Anche in ciò la Commissione ministeriale non si è dipartita dalle proposte che noi avevamo avanzate in questo giornale: essa ha accolto il principio del rispetto integrale ai diritti acquisiti.

Resta a vedere quali criterî debbano regolare il compenso variabile.

La forma dell'addizionale, che ora viene attuata per alcune condotte mediche, ci sembra da scartare, poichè praticamente equivale allo stipendio fisso, integrato solo da un modesto supplemento per il sopra-lavoro, quando il numero degli assistiti supera un certo limite che è quasi sempre molto elevato.

La quota residenziale potrebbe essere integrata dal pagamento a visita o per dir meglio dal pagamento delle prestazioni, su tariffa; ma persisterebbero i gravissimi inconvenienti già analizzati inerenti a questa forma di retribuzione, i quali la rendono inammissibile: in poche parole, essa è empirica, antisociale, suscettibile di troppi abusi. Ultimamente lo stesso Martinelli ha finito per convincersi che sarebbe difficile attuarla e si è indotto ad elaborare un temperamento: verrebbe corrisposta, cioè, al medico di zona, la media aritmetica tra lo stipendio che le assicurazioni preventivano e l'importo delle prestazioni secondo tariffa. Questa soluzione complicata tenderebbe a rintuzzare automaticamente il soverchio zelo dei medici nel fare le visite; se non che, essa non è pratica per molte ragioni: fra l'altro condurrebbe all'assurdo che il compenso effettivo può risultare inferiore allo stipendio base, allorchè la morbosità è scarsa. (Supponiamo, p. es., uno stipendio base di 600 lire e un importo delle prestazioni di 200 lire: la media risulterebbe di 400).

Il pagamento a visita, comunque modificato o corretto, non deve, secondo noi, trovar posto nel regime assicurativo.

Non si presenta altra modalità possibile che la capitazione, la quale andrebbe estesa a tutti gli assistiti (membri di famiglia, poveri) in misura eguale per tutti.

Come verrebbe risolto il problema della libera scelta nel sistema misto? Abbiamo veduto che alcuni medici, come il Martinelli, si dichiarano decisamente contrari alla libera scelta, ma senza addurre alcun motivo plausibile di questa loro opposizione. È stato proposto qualche temperamento: per es., De Sarro vorrebbe il medico fiduciario per gli assicurati e la libera scelta per i membri delle loro famiglie: questo sistema misto avrebbe lo scopo di lasciare la possibilità di esercitare, tra i ranghi degli assicurati, anche ai liberi professionisti, senza rinunziare all'istituzione del medico fiduciario; ma siffatta soluzione ibrida, che corrisponde, incirca, a metodi già largamente attuati altrove, si è già dimostrata non immune da vantaggi; per es., determina conflitti e interferenze nell'assistenza sanitaria in una stessa famiglia, ingenera dualismi nelle misure profilattiche, ecc.; perciò si tende ovunque ad abbandonarla, a favore del medico fiduciario unico oppure della libera scelta fatta dall'assicurato per sè e per le persone dipendenti.

Noi riteniamo che non si debba decampare dalla libera scelta largamente intesa, soggetta alle sole limitazioni inevitabili, per tutti i motivi già ampiamente esposti e cioè per mantenere viva la concorrenza professionale, per rendere più efficaci le cure e per un rispetto al principio d'eguaglianza.

I medici di zona riceverebbero, dunque, le competenze fisse per mansioni determinate, ma dovrebbero sostenere la concorrenza professionale con i colleghi liberi esercenti, per accaparrarsi, mantenere e coltivare la clientela.

Alla libera scelta si adatta bene la capitazione: la libera scelta con capitazione soddisfa pienamente, secondo noi, così gl'interessi dei medici, come quelli dei malati, e risponde all'utilità collettiva.

In pratica si presentano molti problemi collaterali ed accessori: per esempio, è più che legittimo assegnare compensi supplementari per interventi speciali, operazioni chirurgiche, assistenza straordinaria, ecc., quando non vi si provveda negli ospedali o in altri luoghi di cura (i quali in un regime d'assicurazione ben regolato dovrebbero assumere un incremento poderoso); di corrispondere delle indennità per visite lontane, per le residenze disagiate, ecc., sull'esempio dell'Inghilterra e della Svizzera, in cui vige la libera scelta del medico.

Quanto alla libera scelta degli istituti ospedalieri, crediamo che per il momento non sia il caso di porre il problema?

Abbiamo di proposito omesso di occuparci dei compensi da corrispondere ai medici ospedalieri, specialisti, consulenti, ispettori, ecc., per non rendere prolisso questo già lungo articolo.

Riassumendo, noi crediamo conveniente:

1° un'*indennità residenziale* per i medici di zona (con rispetto ai diritti acquisiti), integrata da

2° un *compenso capitario* con

3° la *libera scelta* salvo

4° i *compensi straordinari* giustificati da prestazioni speciali.

***

La Commissione ministeriale, nel progetto definitivo, ha accolto l'indennità residenziale (già proposta da noi e nella forma proposta da noi); ha accolto anche la libera scelta (per la quale noi avevamo spezzato una lancia), opponendosi alla tesi sostenuta strenuamente dal commissario Martinelli; non ha accolto, invece, il sistema capitario (che noi avevamo già raccomandato), ma ha dato la preferenza alla retribuzione ad onorari, corrispondenti alle prestazioni, su tariffa concordata con gli ordini dei medici, concetto fatto trionfare da Martinelli appoggiato da Silvagni. — Il problema delle competenze per altro non è stato risolto definitivamente; nei particolari resta affidato al regolamento ed agli istituti di previdenza sociale, in cui i medici saranno largamente rappresentati: è quanto si poteva fare di meglio per evitare di prendere decisioni immature ed affrettare la redazione del disegno di legge.

In questo progetto poderoso, che implica una enorme quantità di problemi d'ordine amministrativo e tecnico, crediamo che le proposte sopra riportate siano meritevoli di ulteriore esame.

Il progetto elimina l'antipatica e sorpassata figura del medico fiduciario, sebbene il nome ne sia conservato, ciò che potrebbe indurre in errore: il medico di zona non è più fiduciario dell'istituto, dal momento che l'assicurato è libero di sceglierlo o no; il nome di fiduciario può valere, al più, per i medici ispettori, indispensabili per garentire un retto funzionamento generale dei servizi. Il progetto offre garanzie quasi assolute per i medici condotti e per gli altri medici stipendiati, di cui rispetta i diritti acquisiti. Garentisce gl'interessi dei liberi professionisti, grazie alla libera scelta. Soltanto la proposta relativa al trattamento a visita ci sembra discutibile: sarebbe da preferire, senza confronti possibili, il sistema capi-

tario. Ci auguriamo che, passando per il vaglio dei Corpi legislativi, il progetto abbia ad essere ulteriormente modificato in tal senso, o che lasci la soluzione del problema agli istituti provinciali.

***

Abbiamo creduto di dover lumeggiare da tutti i lati il problema, poichè converrà di profittare del nuovo contratto di lavoro che si prepara, per addivenire ad una larga sistemazione professionale della classe medica. Secondo noi, occorre raggiungere una visione molto chiara dei fini, per maturare i risultati.

Unicamente per questo motivo ci siamo permessi di richiamare e ribadire o precisare alcune vedute da noi già precedentemente espresse.

Se non si è ben preparati e vigili, si corre il rischio di ritrovarsi, in modo inaspettato, avvinti da legami che sarà poi difficile di spezzare.

Data l'estrema complessità del problema, è facile incorrere in mende, errori, apprezzamenti fallaci; ne deriva la necessità di discuterlo ampiamente, mantenendosi liberi da preconcetti epperò sempre pronti a recedere dalle proprie convinzioni se dimostrate insussistenti.

È con questo spirito che ce ne siamo occupati. E vorremmo trasfonderlo nei nostri lettori.

L. VERNEY.

INDICAZIONI BIBLIOGRAFICHE.

Oltre alle pubblicazioni già citate cfr.:

V. ASCOLI: La questione degli onorari, *Il Policlinico*, Sezione Pratica, 1907, p. 1145; anche altrove.

BOSREDON: Les Médecins et la Mutualité, *Journ. de Médec. de Bordeaux*, 25 aprile 1920.

T. RUMPF: Die Aufgaben des sozialen Medizin, *Deutsche mediz. Wochens*, 21 giugno 1906; Vorlesungen über Soziale Medizin, Leipzig, 1908.

Cronaca del movimento professionale.

Convegno di rappresentanze mediche per le assicurazioni obbligatorie contro le malattie.

Nei giorni 14, 15 e 16 luglio si è tenuto in Roma l'annunziato convegno indetto dalla presidenza della Federazione degli Ordini dei medici per discutere sulle assicurazioni obbligatorie contro le malattie.

Vi hanno partecipato numerosi rappresentanti di tutte le categorie sanitarie e di tutte le regioni.

Dopo lunga ed animata discussione il convegno ha approvato un ordine del giorno proposto dal dott. Giovanni Oriani di Vicenza, col quale si approva lo spirito informatore dello schema di progetto di legge elaborato dalla Commissione nominata dal Ministro dell'industria e commercio per lo studio dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie. Si è proceduto poi all'esame dei singoli capitoli e articoli.

Daremo prossimamente un sommario resoconto del lavoro compiuto.

Pel Collegio degli Orfani dei Sanitari a Perugia.

Nella seduta primaverile il Consiglio Amministrativo di questa benemerita Opera Pia (26 maggio p. p.) si è approvato il Consuntivo riferentesi di decorso 1919 e si sono rinnovati i voti precedentemente fatti, affinchè il Parlamento, dovendo discutere il Progetto presentato dal Consiglio dei Ministri per la conversione in legge del Decreto Luog. n. 1725, che elevò il contributo obbligatorio individuale dei Sanitari da lire 6 a lire 10 annue, trovi modo per emendamenti da proporsi di portare tale contributo a lire 24.

A proposito del concorso a medici provinciali aggiunti.

Riceviamo:

Caro *Policlinico*,

Il redattore degli *Interessi professionali*, che con solerzia, con amore e generalmente con senso di equità e con equilibrio adempie al suo ufficio, deve essere stato assai scosso dall'ordine del giorno dei medici di Parma per scrivere l'articolo: *Stipendi indecorosi* nel numero precedente a pag. 751.

L'ordine del giorno non solo vivacemente deplorava il basso stipendio con cui si apriva il concorso dei medici provinciali aggiunti, ma stigmatizzava la indifferenza, anzi la tolleranza della stampa medica di contro a tale *enormità*.

L'accusa di trascuraggine deve avere provocato la reazione del bravo, ma incauto, redattore.

Chi rifletta che con 5000-6000 si aprono consorsi a primario direttore d'ospedali, a direttore e medico capo di laboratorio micrografico (Milano), non meraviglia che a 4000 si aprano concorsi per medici provinciali aggiunti; poichè per quei posti si richiedono esperienza e titoli di chi è avanti, se non al colmo, della carriera; mentre per questi posti si richiedono esami che provino preparazione adatta a promettere un buon progresso.

Se si aggiunga che gli stipendi cui accennavo sono definitivi o quasi, mentre per i medici provinciali rappresentano l'inizio d'una carriera che anche nella peggiore delle riuscite porta a stipendi di circa 10,000, si è colpiti dalla inopportunità di scagliarsi brutalmente contro le condizioni d'un concorso che assicura vita decorosa a nostri giovani colleghi.

È poi eccessivo commisurare lo stipendio alla delicatezza delle mansioni: una sentinella che guarda il confine della Patria o che sorveglia un polverificio e che può tenere a bada chiunque, dal peggiore dei facinorosi a sua Maestà il Re, di quale stipendio dovrebbe godere?

Noi medici possiamo bene augurarci che nell'attuale caro della vita materiale sia elevato lo stipendio iniziale dei medici provinciali non solo per garantire ad essi una esistenza migliore ma anche

perchè il posto sia ambito dai migliori e la classe dei medici provinciali consegua un più alto grado di rispettabilità scientifica consono alle sempre più vaste e importanti sue mansioni; ma dobbiamo guardarci da parole grosse e da reazioni eccessive in cui la sovraccitazione attuale sembra precipitare anche il giudizio di persone serie.

So che tu, *Policlinico,* volentieri accogli le opinioni libere, anche se divergenti e opposte alle tue, e pertanto confido nella pubblicazione di questa breve lettera e ti ringrazio.

Dev.mo F. T.

Per gli ufficiali sanitari.

Gli Ufficiali sanitari della provincia di Girgenti nella seduta del 15 giugno 1920 hanno approvato un voto di protesta:

1° contro il progetto presentato dalla Commissione per la riforma della legge dei servizi sulla vigilanza igienico-sanitaria, la quale vuole rimandare a scuola ed assoggettare nuovamente ad esami e concorsi, provetti e sperimentati Ufficiali sanitari;

2° contro la violazione dei diritti acquisiti della stabilità conseguita giusta la legislazione vigente;

3° contro la proibizione del diritto conseguito dell'esercizio professionale;

4° contro l'art. 11 dello stesso progetto, che sanziona le disposizioni dell'art. 26 del T. U. delle Leggi Sanitarie, in modo che l'Ufficiale sanitario debba sempre sottostare ai capricci della politica locale e non debba avere invece, come i funzionari dello Stato, delle tabelle organiche riguardo allo stipendio stabilito da legge;

5° contro l'art. 20 modificato, che ribadisce la dipendenza dell'Ufficiale sanitario dal Sindaco.

Ufficiali sanitari dal direttore generale di Sanità.

Una commissione di ufficiali sanitari liberi esercenti, nominata nel Congresso tenutosi il 29 giugno in Napoli e composta dal presidente dell'Associazione nazionale dott. Grassi e dai delegati delle Sezioni provinciali dottori De Marco (Cosenza), Napoli (Trapani), Nazzaro (Foggia), Siervo (Potenza), e Laloè da Resina — questo ultimo in rappresentanza degli ufficiali sanitari provvisori — è stata ricevuta dal Direttore generale della Sanità pubblica.

La commissione ha presentato al comm. Lutrario l'ordine del giorno proposto dal dott. De Marco e votato dal Congresso di Napoli, circa le modifiche che la classe desidererebbe venissero apportate al nuovo disegno di legge sulla riforma degli organi locali di vigilanza igienico-sanitaria: sia in rapporto all'organamento del servizio che al rispetto dei diritti quisiti del personale attualmente in carica.

Il comm. Lutrario ha largamente discusso tutte le quistioni prospettate, ed ha assicurato la commissione che i voti espressi e quelli che potranno esprimersi anche in seguito dalla classe dei sanitari, saranno tutti esaminati con fervore di sentimento e con la più benevola disposizione.

I medici condotti di Roma.

Una viva agitazione regna fra i medici condotti di Roma, che non ancora possono ottenere quei miglioramenti economici che tutte indistintamente le classi di operai e di impiegati da molto tempo godono.

Le autorità competenti hanno approfittato del sentimento di disciplina e di umanità, che costituiscono una delle virtù della maggioranza dei medici, per trascurare i loro vitali interessi, ma è necessario abbandonare una buona volta simili sistemi.

Dopo tante lotte, dopo tanti dissensi finalmente i medici condotti della Capitale, mediante l'interessamento esplicato dagli assessori prof. sen. Marchiafava e prof. Pediconi e dello stesso sindaco Apolloni, avevano visto varare la riforma sanitaria in Consiglio comunale, riforma che porta lo stipendio a L. 7000.

Orbene, dopo l'approvazione in Consiglio comunale la riforma dorme negli uffici della Prefettura.

È bene ricordare che gli stipendi dell'anteguerra erano di L. 4000 per i condotti di 1° grado e di L. 2000 per quelli di secondo grado, e che durante gli anni scorsi nell'infuriare delle varie epidemie i medici, con una media di 25 a 30 visite al giorno ciascuno, accorrendo dovunque riusciva necessaria l'opera del sanitario senza limiti di lavoro, non hanno mai *domandato nulla.*

A giorni la riforma, con la relazione del medico provinciale, sarà presentata alla Giunta provinciale amministrativa e speriamo che questo alto consesso voglia comprendere le condizioni dei medici condotti e voglia provvedere perchè questa benemerita classe venga economicamente messa almeno al livello di una qualsiasi classe di lavoratori modesta.

(Al momento di andare in macchina apprendiamo che la riforma è stata approvata dalla G. P. A.)

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8350) *Indennità di disagiata residenza.* — Dottor C. G. da P. — Per poter rispondere al quesito da Lei proposto occorre che ci faccia conoscere da chi fu pagata l'indennità di disagiata residenza e in forza di qual decreto o legge.

(8352) *Indennità caro-viveri.* — Dott. G. B. da A. — La indennità caro-viveri complementare è concessa per ogni persona in più di quattro, conviventi ed a carico. Poichè Ella non trovasi in tale condizione, non può chiedere la suddetta indennità complementare. Non può del pari chiedere la indennità di lire 100 mensili, perchè le persone di famiglia conviventi non sono minori od inabili al lavoro, giusta quanto prescrive il decreto Luogotenenziale del 5 gennaio 1919, n. 18.

(8353) *Concorsi.* — Dott. C. T. da G. — Assecondando il desiderio da Lei espresso potremmo farle tenere relazione speciale sul quesito proposto mediante compenso di lire 30.

(8354) *Indennità caro-viveri.* — Dott. C. C. da V. — Al medico interino compete la indennità caro-viveri, ancorchè sia pagato a giornata, non influendo il modo di pagamento sulla posizione giuridica di lui.

(8356) *Requisiti per emigrare.* Dott. A. D. da C. — Per la emigrazione in genere occorre provare di essere di sana costituzione fisica ed esente da malattie infettive in atto.

(8357) *Concorsi al posto di medico condotto.* — Dott. abbonato 6761. — Non è possibile ammettere che una Commissione giudicatrice abbia stabilito di classificare *a priori* tutti i concorrenti col punto di approvazione, cioè col 27. Il giudizio mancherebbe di base e si presterebbe ad evidenti violazioni di legge e dell'interesse privato di coloro che si esposero alla prova potendo i più meritevoli vedersi esclusi di fronte ad altri che abbiano esibito documenti forse di inferiore importanza. Non è, però, il caso di ricorrere, perchè occorrerebbe provare che la Commissione, senza neppure leggere i titoli esibiti da' singoli aspiranti, abbia elargito il 27 a tutti. Tale circostanza, che è affatto segreta e intrinseca, non si può dimostrare e quindi sfugge a qualsiasi controllo l'operato della Commissione.

(8362) *Stabilità - Acquisto senza concorso.* — Dott. V. M. da C. — Non è possibile acquistare la stabilità nella carica di medico condotto senza aver sostenuto e superato regolare concorso.

Doctor JUSTITIA.

Servizio medico militare. — All'abb. n. 6857:

E' strano che un Reparto di accertamento si sia limitato a dare un provvedimento di *licenza* ad un militare affetto da bronco alveolite tubercolare *accertata*, mentre in tali casi la riforma è prescritta, cioè un provvedimento definitivo. Comunque i genitori possono ricorrere al Ministero dell'Assistenza Militare allegando i documenti che comprovino che la malattia dalla quale era affetto il figliuolo, e per la quale fruiva di un provvedimento di licenza, era contratta per causa di servizio.

M. G.

CONDOTTE E CONCORSI.

BOLOGNA. *R. Ricovero di Mendicità V. E. II ed OO. PP. annesse.* — Medico assistente nell'Ospedale del ricovero; titoli ed esami; laurea non ulteriore al 1914; scad. ore 15 del 31 agosto; L. 4500 nette, compreso caro-viveri. Rivolgersi all'Ufficio di segreteria (Via Drapperie, 6).

DOMODOSSOLA. *Ospedale di S. Biagio.* — Concorsi per titoli: a chirurgo primario, L. 2400; a medico-chirurgo aggiunto, L. 800. Limiti di età 45 anni e 40 anni rispettivamente. Scadenza 30 luglio.

MANCIANO (*Grosseto*). — Concorso al posto di medico-chirurgo della Condotta residenziale di Saturnia. Stipendio lordo L. 7000, aumentabili di un ventesimo per ogni triennio per dieci trienni. Indennità cavalcatura L. 2000. Assicurazione contro infortuni premio metà a carico del Comune. Scadenza 31 luglio. Documenti soliti.

MILANO. — Concorso per titoli e per esami a Capo (Direttore) del Laboratorio medico-micrografico municipale; L. 5700 lorde; aumenti periomedici di complessive L. 5650 in trent'anni; diritto a pensione; caro-viveri a revisione mensile (per il mese di giugno è stato di nette L. 424.40). Rivolgersi alla Segreteria comunale.

PIETRALUNGA (*Perugia*). — Due condotte; L. 6000, indennità condotta disagiata, caro-viveri. Scadenza 31 luglio.

SALSOMAGGIORE (*Parma*). — Due condotte; L. 7500 lorde e sei quadrienni del decimo; L. 2000 per cavalc.; L. 500 ogni 250 nuovi ammessi a cura gratuita, o frazione di 250, purchè non inferiore a 125. Assicuraz. Scad. 12 agosto. Chiedere annunzio.

S. STINO DI LIVENZA (*Venezia*). — Concorsi a due posti di medico: 1° per il Capoluogo, con lo stipendio di L. 7000; 2° per Musil di Sopra, con lo stipendio di L. 9000 e con l'alloggio gratuito. Indennità caro-viveri; mezzo trasporto (1800 se con cavallo, 800 se con bicicletta); malaria L. 800. Tre aumenti quinquennali del decimo. Al medico che funzionerà da ufficiale sanitario (1ª condotta) sarà assegnata un'indennità annua di L. 800. Scadenza 15 agosto.

TERRICCIOLA (*Pisa*). — Condotte residenziali di Terricciola e Soiana. Rispettivamente, abitanti circa 2700 e 2300, poveri 415 e 182. Stipendio 6000 aumentabili di un decimo ogni quadriennio fino a raggiungere metà stipendio, soggetto R. M. C. P. Cavalcatura 2000, indennità caro-viveri 1200, indennità ufficiale sanitario 500. Documenti rito di data non oltre tre mesi anteriori 8 luglio. Scade 8 agosto. Località ubertose allacciate ferrovia Pontedera, servizio automobilistico.

TORRACA (*Salerno*). — Medico condotto poveri, stipendio L. 4000 annue, ufficiale sanitario L. 500, assistenza abbienti libera, termine concorso scade 30 corr. Inviare domanda e titoli Sindaco di Torraca (Salerno).

URAGO D'OGLIO (*Brescia*). — Condotta; L. 5000 fino a 1000 poveri, L. 500 dopo un biennio, 5 quinquenni successivi di L. 550; L. 2 per ogni povero oltre i 1000 fino a 2000; alloggio; L. 500 per bicicletta e L. 300 quale uff. san. Scad. ore 16 dell'11 ag.

Medico-chirurgo già titolare, dieci anni condotta, cerca interinato per i mesi di agosto e settembre nell'alta e media Italia. Dirigersi al dott. Liva, Ripe San Ginesio (Macerata).

Medico-chirurgo, laureato da oltre 14 anni, serie referenze, età anni 38, cercherebbe sistemarsi cittadina di mare, o altro centro dove esistano scuole ginnasiali o tecniche. Inviare proposte: dott. Fontemigliari, fermo posta, Volterra (Pisa).

Nuove diffide: Manicomio di Brescia.

Ferrovie dello Stato. — È aperto un concorso per titoli a 48 posti di medico di reparto delle Ferrovie dello Stato per i seguenti reparti:

Alassio, Albenga II, Albissola Marina, Andora, Aosta, Bagnolo Piemonte, Bistagno, Cavallermag-

giore II, Cengio, Châtillon, Cureggio, Dego, Donnaz, Ferrera Lomellina, Gozzano, Loano, Mignanego, Moneglia, Montanaro, Nicorvo, Niella, Noli, Nus, Ospedaletti, Ovada I, Palestro, Pegli I, Piedimulera, Pievetta Priola, Ponti, Riomaggiore, Robilante, Salbertrand, Saliceto, San Remo II, S. Antonio di Susa, Santhià I, Sestri Levante, Solero, Susa, Torrazza di Verolengo, Trino, Trofarello, Varazze, Vernazza, Verrès, Villanova d'Asti, Zoagli.

La domanda, corredata dei documenti e dei titoli, deve essere inviata entro il 6 agosto 1920 all'Ufficio Sanitario di Torino.

Per chiarimenti rivolgersi alle rispettive stazioni.

NOTIZIE DIVERSE.

Il disservizio postale.

Ad aggravare le difficoltà che da qualche anno intralciano la vita delle Riviste, concorre in misura non trascurabile il disservizio postale, che ha per risultato di far giungere quasi regolarmente i fascicoli con inverosimili ritardi e di farne disperdere un numero rilevante. Si è obbligati a tenere alta la tiratura per sopperire le immancabili richieste, perfino a far ristampare alcuni fascicoli venuti ad esaurirsi. Ne deriva un forte quanto inutile dispendio; di più, vengono ad essere frustrati l'impegno e lo zelo posti dall'Amministrazione per la regolarità della pubblicazione del nostro periodico.

I nostri abbonati, di cui, purtroppo, fioccano le proteste nei nostri uffici, non facciano alcun addebito alla nostra Amministrazione per tale deplorevole stato di cose. Noi possiamo garentire loro, in modo assoluto, che la nostra Amministrazione fa costantemente del proprio meglio per opporvi un efficace riparo, nei limiti delle proprie risorse, ma la sua diligenza e la sua solerzia a poco valgono.

Finora i reclami sono rimasti senza effetto.

È sperabile che chi sovraintende ai servizi voglia e sappia provvedere, una buona volta, a ricondurli ad un più retto funzionamento. È significativo rilevare, intanto, la resipiscenza della parte più sana del personale, che ha sentito il bisogno di costituire un'Associazione, l'« A. P. I. », allo scopo precipuo di migliorare i servizi nell'interesse del pubblico.

Confidiamo che non sia lontano un ritorno a condizioni meno catastrofiche delle attuali! Intanto i nostri abbonati vogliano far risalire la responsabilità degli inconvenienti lamentati nel recapito dei fascicoli al deplorevolissimo *disservizio postale*.

Una lapide al prof. G. Marchesi.

Il 16 corr., nella grande sala Baglivi dell'ospedale di S. Spirito in Roma, una semplice e commovente cerimonia ha solennizzato lo scoprimento della lapide in memoria del prof. Giulio Marchesi, nel primo anniversario della sua morte. Erano presenti le maggiori notabilità mediche e scientifiche cittadine, le rappresentanze dell'Università, del Comune, della Prefettura e di molti Sodalizi. Il presidente dell'Amministrazione ospitaliera, commendator Lusignoli, dopo avere scoperto la lapide, ha ricordato le grandi qualità intellettuali, morali, professionali, di organizzatore e di patriota, delle quali il Marchesi dette prova.

A nome dei Sanitari ospedalieri parlò il professore G. Bastianelli; e per i parenti ringraziò Saverio Kambo, cognato del Marchesi. Numerosissime le adesioni.

L'epigrafe dice:

Giulio Marchesi — insigne medico primario — lustro della Scuola Romana — in questa sala — per oltre un quinquennio — profuse con impareggiabile bontà — l'opera sua sapiente — in soccorso degli umili — Con affettuosa riconoscenza l'Amministrazione ospitaliera — ne eddita l'esempio.

Il Consiglio Superiore di Sanità

si è adunato il 28 giugno u. s., sotto la presidenza del ven. prof. Golgi. Ne pubblicheremo prossimamente il resoconto.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1920 - Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, *ed. resp.*

Anno XXVII Roma, 26 luglio 1920 Fasc. 30.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

AUMENTO DEI PREZZI D'ABBONAMENTO

In conformità delle disposizioni imposte dal recente Decreto Ministeriale riportato nel precedente Fascicolo 27 e della deliberazione dell'Associazione della Stampa Scientifica Italiana (Sezione Medica), pubblicata nel numero 26, i prezzi d'abbonamento al nostro periodico vengono aumentati, dal 1° luglio al 31 dicembre 1920, nella seguente misura, *per tutti gli abbonamenti in corso:*

Per l'Italia	Per l'Estero			
L. 8 —	FR. 10 —	*per chi è associato*		*alla sola Sezione Pratica;*
„ 12 —	„ 15 —	*id.*	*id.*	*alle Sezioni Pratica e Medica;*
„ 12 —	„ 15 —	*id.*	*id.*	*alle Sezioni Pratica e Chirurgica;*
„ 15 —	„ 20 —	*id.*	*id.*	*a tutte e tre le Sezioni.*

Il Decreto Ministeriale ci consentirebbe di raggiungere la misura del 100 %, ma noi ci limitiamo a chiedere ai nostri abbonati quanto è assolutamente indispensabile per fronteggiare le attuali difficoltà.

Così il « POLICLINICO » manterrà ancora il vanto di essere il periodico di medicina generale più a buon mercato fra tutti quelli che vedono la luce in Italia.

I nostri abbonati sono pertanto pregati di voler rimettere con cortese sollecitudine, mediante vaglia o cartolina-vaglia, la suddetta quota d'integrazione, direttamente all'Editore del " POLICLINICO " Cav. LUIGI POZZI - Via Sistina, 14 - ROMA.

LAVORI ORIGINALI.

CLINICA MEDICA GENERALE DELLA R. UNIVERSITÀ DI TORINO.

L'importanza dell'ascoltazione orale nella pratica del pneumotorace artificiale.

Prof. L. BORELLI, aiuto.

L'applicazione sistematica dell'ascoltazione orale proposta dal Galvagni fin dal 1875 viene di solito trascurata nell'indagine semeiotica dell'apparato respiratorio. Anche i maggiori trattati della materia svolgono solo di rado ed imperfettamente tale argomento, nonostante che di tratto in tratto qualche Autore abbia richiamata l'attenzione su questo mezzo di ricerca, magari presentandolo come cosa nuova, ignorando o trascurando l'indiscutibile priorità della Scuola modenese in tale campo.

Sappiamo che per ascoltazione orale s'intende quell'ascoltazione che ha lo scopo di scoprire i rumori che si producono nell'apparato polmonare attraverso le vie aeree, mentre il paziente respira tenendo la bocca aperta. Secondo il Galvagni viene praticata accostando molto l'orecchio alla bocca dell'ammalato; secondo il Takata ponendo la camera dello stetoscopio biauricolare vicino alla rima boccale, mentre il paziente respira esclusivamente at-

traverso il cavo orale profondamente, adagio e silenziosamente. Allora, specialmente nella tubercolosi polmonare, si riesce a sentire dei rantoli assai fini risultanti da una o più bollicine, ora nell'inspirazione, ora nell'espirazione e spesso anche in ambo gli atti respiratori Galvagni). La loro origine polmonare venne provata in vari modi e chiarita con varie esperienze dal Galvagni stesso: per quanto si sarebbe portati a ritenerli prodotti nella trachea — tanto può essere la nettezza e l'intensità loro. Rassomigliano ai rantoli toracici rispetto al numero ed al modo di raggrupparsi delle bolle e al comparire nell'uno o nell'altro o in entrambi i momenti dell'atto respiratorio, ma divariano alquanto per essere i rantoli orali più fini, a bollicine più nettamente staccate l'una dall'altra ed essenzialmente per una tonalità più alta, e molto chiari perchè rinforzati nel cavo orale e faringeo (Galvagni).

L'interesse maggiore dell'ascoltazione orale sta nel fatto che talora si sentono in tal modo nettamente dei rantoli, mentre l'ascoltazione del torace è assolutamente o quasi inane.

La maggior parte degli Autori crede che i rantoli orali si debbano considerare quasi come una peculiarità della tubercolosi polmonare, specialmente del periodo cavitario e si possano udire solo più di rado in altre malattie di petto, come la polmonite e la bronchite capillare.

Tutti concordano nell'importanza del sintoma come mezzo di rapido orientamento nell'esame dell'apparato respiratorio e tutti pure mettono in rilievo la sua importanza per la diagnosi di tubercolosi quando fallisca la ordinaria ascoltazione; secondo alcuni potrebbe anzi essere utilissimo per la diagnosi precoce di tubercolosi polmonare incipiente.

Nella Clinica Medica di Torino il Bozzolo più volte, sia nelle sue lezioni, sia al letto dell'ammalato, ha fatto rilevare il fenomeno del rantolo orale mettendo in evidenza i suoi rapporti precipui col periodo cavitario della tubercolosi, come già aveva notato il Galvagni. È precisamente sul particolare comportamento di tale fenomeno in qualche caso trattato col pneumotorace artificiale che voglio richiamare l'attenzione, tanto più che non ho trovato cenno di osservazioni simili nè nelle monografie, nè nelle memorie relative al pneumotorace da me consultate.

In poche parole ecco in che cosa consiste il fenomeno osservato: *durante il trattamento della tubercolosi polmonare col pneumotorace artificiale può succedere che si noti il comparire e lo scomparire dei rantoli orali a seconda se il pneumotorace è completo e in pressione positiva o no, o comunque se il polmone trattato è in assoluta inattività respiratoria oppure no.*

L'importanza di tale fatto appare chiara a chiunque si occupi di pneumoterapia. La prima volta che ebbi occasione di verificare tale fenomeno circa due anni fa, si trattava di ammalato affetto da tubercolosi strettamente monolaterale sinistra sviluppatasi durante la convalescenza di un'influenza in modo estremamente inquietante, con temperatura molto elevata sin dall'inizio dei primi fenomeni all'apice, con rapido estendersi di giorno in giorno dei fatti catarrali in basso e decorso complessivo notevolmente maligno, escreato scarso assai ricco di b. di Koch. Soggetto piuttosto gracile per quanto con eredità famigliare immune da tubercolosi, nessun dato anamnestico che convalidasse chiaramente l'ipotesi di un vecchio focolaio spento o latente. Otto giorni dopo lo scoppiare della febbre e dei primi fenomeni con un esame radioscopico si accerta la possibilità e la convenienza di un pneumotorace: si osserva che tutto l'apice sinistro è colpito, una piccola area di maggiore oscurità in corrispondenza di metà la clavicola, qualche ghiandola all'ilo, ben permeabile il resto del polmone e ben mobile; così pure il destro.

Viene subito istituito un pneumotorace con esito ottimo: scomparsa della febbre, poi dell'escreato, miglioramento rapido dello stato generale che diventa tosto buonissimo sotto ogni punto di vista. Il pneumotorace è sopportato bene e senza nessuna complicazione, soltanto l'ammalato non tollerava in principio le pressioni positive superiori a 3 o 4 cm. di acqua, poichè allora interveniva tosto dispnea spiccata, cianosi, qualche dolore precordiale e senso di malessere generale; solo lentamente le pressioni poterono essere elevate a + 7 o + 8 senza tali disturbi. Pleura piuttosto permeabile: rifornimenti necessari ogni 8, 12 giorni al massimo.

Osservato colla radioscopia si nota che il pneumotorace è completo e che tutto il polmone è schiacciato contro il mediastino e la doccia vertebrocostale; solo l'apice è in gran parte ancora aderente. In questo soggetto prima del pneumotorace sentivansi nettamente all'ascoltazione orale una serie di fini rantoli inspiratori ed espiratori; essi scomparvero quando il pneumotorace fu completo e con pressione positiva, ricomparivano però ogni volta che per il riassorbirsi dell'azoto la pressione tornava ad essere negativa, il che facilmente succedeva in principio del trattamento data la debole pressione positiva alla quale si era obbligati, e la notevole rapidità di assorbi-

mento del gas. Bastava che la pressione scendesse a — 1 o — 2 perchè ricomparissero i rantoli orali; segno evidente del persistere non solo dei fenomeni catarrali ma ancora del riattivarsi del respiro nel polmone trattato sia pure in modo limitatissimo. Ora in tali condizioni nulla era possibile avvertire coll'ascoltazione, anche attentissima, degli apici e del torace, nulla neanche sulla parte sana. Allora intervenendo con un rifornimento si poteva *costantemente* osservare che appena la pressione raggiungeva il + 1 o + 2 cessava immediatamente ogni rantolo orale. Ciò esclude anche l'obbiezione che i rantoli potessero avere la loro origine nel polmone non trattato. Il fenomeno si manifestava con assoluta costanza ed era anche controllabile con l'esperimento perchè era sufficiente durante i rifornimenti lasciar cadere ancora la pressione per vederlo ricomparire quando già era cessato. Ma occorre far notare ancora un altro lato del fatto di rilevante importanza nella pratica. Il comparire del fenomeno viene avvertito non solo dal medico, ma anche dal paziente, specialmente se viene messo sull'avviso, e cioè, il paziente stesso, che *sente* il rantolo, è in grado di cogliere il momento nel quale il suo pneumotorace ha bisogno imprescindibile di un rifornimento. Solo più tardi nel paziente ricordato si verificò un collasso completo anche dell'apice e migliorò notevolmente la permeabilità pleurica per cui la pressione fu sempre mantenuta positiva e non ebbe più modo di verificarsi il fenomeno.

Dopo che venne fermata la mia attenzione su tale fatto ebbi occasione di riscontrarlo ancora in altri due casi simili al primo. In un caso si trattava di una ragazza che aveva presentato primitivamente segni di una affezione specifica a destra verso la base, come da reperto di distinto collega, poi mentre questa andava scomparendo scoppiavano fenomeni catarrali molto evidenti al lato sinistro con estensione abbastanza rapida e sintomatologia generale piuttosto grave. L'esame radioscopico confermò i dati clinici: polmone destro in condizioni discrete, polmone sinistro in gran parte colpito con una piccola cavità nel terzo spazio intercostale. Si tentò il pneumotorace con fiducia non troppo fondata sulla sua buona riuscita: l'esito invece fu buono sia per lo stato generale che locale, scomparve febbre ed espettorato con spiccato miglioramento dello stato generale; al polmone destro nessun segno di risveglio del vecchio processo. Anche in questo caso rantoli orali evidenti prima del trattamento scomparsi col cessare della funzionalità del polmone in seguito al pneumotorace, che ricomparivano ogni volta che la pressione, ridiventando negativa, permetteva nuovamente una piccola escursione al polmone non avvertibile con nessun segno certo all'ascoltazione diretta del torace. Anche in questo caso l'ammalata edotta del fenomeno poteva controllarne la comparsa da sè stessa.

Il terzo caso, un giovane con sintomi puramente monolaterali, ripetè si può dire esattamente gli stessi fatti e nelle stesse condizioni.

In tutti i casi quando si riuscì a mantenere permanentemente la pressione endopleurica positiva il fenomeno non si è più verificato.

Non posso portare un contributo di casistica più numeroso perchè solo relativamente di rado abbiamo modo di occuparci di tali ammalati curabili col pneumotorace nella nostra Clinica: sono però persuaso, data la relativa frequenza colla quale io ho osservato il fenomeno, che esso si possa verificare abbastanza di sovente. D'altra parte data la grande facilità colla quale si ascoltano i rantoli orali nella tubercolosi polmonare, in ogni pneumotorace si potrà accertare sperimentalmente lo scomparire e il ricomparire dei rantoli solo variando la pressione endopleurica dell'azoto in modo da permettere o meno al polmone compresso di funzionare. Naturalmente occorre che le condizioni del caso si prestino, e cioè che nell'altro polmone non si producano rantoli e che il polmone trattato sia ridotto o riducibile al silenzio col pneumotorace.

Riassumendo, in tali condizioni, *l'ascoltazione o la percezione dei rantoli orali permette al medico od allo stesso ammalato di notare i primi segni del riprendersi dell'attività respiratoria nel polmone trattato, cioè i primi segni dell'insufficiente pressione del pneumotorace terapeutico, ed a stabilire quindi l'indicazione di un immediato rifornimento.*

NOTE E CONTRIBUTI.

CLINICA CHIRURGICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA.
diretta dal prof. R. ALESSANDRI.

Una pomata per medicatura

per il dott. GINO BAGGIO, aiuto.

Nel medicare io ho tenuto sempre in gran conto — fra gli altri obbiettivi — il trattamento igienico della pelle che circonda la lesione. Proteggerla efficacemente — dopo averla accuratamente pulita — contro i liquidi — fisiologici o patologici — che dalla lesione stessa vengano a suo contatto, favorirne la proliferazione epitelizzante quando la lesione sia ridotta a piaga, parmi che giovi non poco al processo di guarigione. Aggiungasi che talvolta la cute è la sola sede del male e che spesso esperienza vuole che si abbia a premunirsi contro i decubiti che in essa si stabilirebbero inevitabilmente se fosse lasciata a sè.

Per questi varii scopi facevo uso più o meno abitualmente — anche in passato — di pomate: borica, Wilson, ecc.

L'uso fu di necessità molto frequente durante il tempo della guerra. Da principio mi servii allora di una formula, trovata non so dove, che in un mezzo grassoso di vaselina e lanolina metteva assieme dell' acido borico, dell'ossido di zinco, un po' di canfora e dell'ittiolo.

Ma il desiderio di eliminare il colore imbrattante della pomata così com'era, mi indusse a sostituire l'ittiolo con altro antisettico. E l'idea dell'antisettico largamente usato in forma liquida mi suggerì di sostituirlo con ipoclorito. Avrei impiegato volentieri lo ipoclorito di sodio che è il composto più stabile di esso e che a contatto con l'acido borico, in presenza di acqua (o dei liquidi dei tessuti) avrebbe dovuto essere una sorgente costante di cloro. Ma la sostanza non era allora di facile procurabilità, e anche ora non so se abbia prezzo molto conveniente. Facile invece era anche allora di trovare il comune miscuglio di ipocloriti che va come ipoclorito di calcio, ed io mi servii di questo.

Ne risultò una pomata bianca (stavo per aggiungere: pulitissima). E non più soltanto a scopo protettivo ed emolliente della pelle la usai, come avevo fatto fino allora, ma a contatto diretto coi tessuti lesi. Per evitare che al ripetersi della medicatura il distacco delle garze desse dolore e, specialmente, sanguinazione, spesso prima di applicarle spalmavo con pomata anche le garze che andavano a contatto diretto con superfici granuleggianti.

L'effetto fu non solo quello desiderato, ma anche l'altro: di vedere che il tessuto di granulazione si manteneva vivacissimo senza diventare affatto esuberante, mentre l'epitelio cutaneo procedeva rigogliosamente nel suo compito di rivestimento. Tanto che in piccole piaghe a fondo già esuberante, sulle quali per accelerare la cicatrizzazione sarebbe parso consigliabile (non volendo escidere) di ricorrere ai caustici, spesso mi accadde — applicata una garza con un po' di pomata — di vedere a capo di alcuni giorni che la piaga — non più toccata prima — era cicatrizzata pianamente o coperta da piccola crosta asciutta che non richiedeva altre cure. Gli stessi trapianti epidermici ho eseguiti più volte a questo modo con successo.

Quando la piaga secerna ancora con una certa abbondanza o il suo secreto non sia sufficientemente a-batterico, non è — certo — il caso di stendere pomata su tutta la superficie granuleggiante, e conviene — invece — limitarla ai margini, per coprire il resto con garza imbevuta di ipoclorito sciolto, perchè facendo a quel modo si finirebbe col produrre di necessità quello che in massima vogliamo evitare: il secreto non assorbito si fa strada inevitabilmente sulla cute, e se è abbondante o ancora virulento non può fare a meno di macerarla ed infettarla.

Ma questi non sono — nemmeno — i casi in cui si debba sentire bisogno di impedire che la garza si attacchi, e prima di pensare a che le granulazioni non si facciano esuberanti bisogna provvedere a sterilizzarle.

Anche su tessuti necrotici che debbano dissolversi ed eliminarsi esercita la pomata all'ipoclorito il benefico effetto che siamo soliti avere da questa sostanza in applicazioni umide, ma ha per di più il vantaggio di evitare la concomitante corrosione della pelle che in quest'ultimo caso regolarmente si determina.

Per cui — persuaso che l'arte chirurgica si riduce, più spesso di quanto non sia talora immaginato, ad un saggio ed ingegnoso sfruttamento di piccoli mezzi — come mezzo minimo fra i piccoli penso di pubblicare questa formula:

Canfora 0.5;
Ipoclorito di calcio 1;
Acido borico 1.5;
Ossido di zinco 2;
Lanolina 2;
Vaselina 3.

A chi di essa, o di qualche cosa di simile, si servisse già, non tolgo nulla, perchè spero che non mi si vorranno attribuire propositi

prioristici in argomento di questo genere. A chi volesse provarla credo di non dare un cattivo consiglio.

Ma quand'anche il risultato di queste poche righe non fosse che quello di far considerare a qualcuno dei tanti medici cui perverranno, come la medicatura comprenda qualche cosa di più che il semplice cambio della garza, le poche righe sarebbero già pagate a sufficienza.

E se pure dovessero rimanere lettera morta, io avrei sempre compiuto felicemente un dovere: quello di far conoscere anche ad altri ciò che si crede che possa giovare — in un modo o nell'altro — agli infermi.

NOTE DI TECNICA.

ISTITUTO DI PATOLOGIA GENERALE
DELLA R. UNIV. DI PISA
diretto dal prof. C. SACERDOTTI

Un metodo semplice per la preparazione di un liquido colorante tipo Giemsa.

Nota di tecnica
del dott. BRUNO POLETTINI, Assistente.

È noto come noi fossimo tributari della Germania oltre che di quasi tutte le materie coloranti, anche di molte soluzioni di uso molto largo nelle ricerche biologiche.

Durante e dopo la guerra anche in Italia si cercò di provvedere, se non alle materie prime, almeno alla preparazione dei liquidi coloranti che prima venivano dalla Germania, sia perchè lo stato di guerra interrompendo gli scambi li rendeva rarissimi, sia perchè la guerra, eccitando il sentimento nazionale, spingeva gli studiosi a cercar di liberarsi dalla dipendenza dall'estero.

Fra le soluzioni coloranti di cui, nel campo medico, più di tutte si sentì la mancanza fu il liquido del Giemsa, che ha larghissime applicazioni, per la preparazione del quale occorre, com'è noto, l'azur di metilene, derivato dall'ossidazione del bleu di metilene; azur che solo Giemsa dichiarava di ottenere allo stato di purezza, e di cui aveva mantenuto segreto il modo di preparazione.

In questi ultimi anni molti anche in Italia cercarono di ottenere delle soluzioni che potessero sostituire tale liquido colorante, che era messo in commercio dalla Casa Grübler.

E infatti vengono preparati liquidi del Giemsa da Demo, da Monti, da Neri, da Grosso e da Romanese; liquidi che più o meno rendono tutti buoni servizi; senonchè questi autori, ad eccezione di Romanese, non ci dicono il procedimento da loro seguito per la preparazione della rispettiva soluzione. Essendomi anch'io occupato della preparazione di soluzioni coloranti a base di azur, e avendo, dopo vari tentativi, trovato un modo semplice per ottenere un liquido colorante del tipo Giemsa di composizione stabile e ben definita, credo utile rendere noto il mio procedimento per poter dare così la possibilità a chiunque s'occupa di ematologia o di batteriologia di prepararlo da sè nel proprio laboratorio facilmente e in breve tempo (un'ora circa). Tralascio qui di ricordare i principi teorici che mi hanno guidato nella preparazione del liquido trovandosi questi esposti per esteso nel lavoro di Michaelis e riassunti chiaramente nella nota di Neri.

Ecco in breve come procedo:

In una bevuta di Erlenmeyer della capacità di 150 centimetri cubici sciolgo a caldo gr. 1 di bleu di metilene in 100 cc. di acqua distillata; avvenuta la soluzione aggiungo 3 cc. di carbonato sodico al 10 % in acqua distillata; faccio bollire per 15 minuti. Lascio raffreddare e filtro. Il filtrato è un liquido di colore violaceo, che contiene in soluzione dell'azur e che perciò io chiamo «liquido azur».

In un'altra Erlenmeyer della capacità di 300 cc. circa sciolgo a caldo in 50 cc. di glicerina pura neutra gr. 0.30 di bleu di metilene; aggiungo poi gr. 0.30 di eosina solubile in acqua, e sciolgo pure a caldo. Avvenuta la soluzione completa, aggiungo 60 cc. di «liquido azur», e faccio bollire per 15 minuti circa, e precisamente fino a quando si vede formarsi un finissimo precipitato granuloso. È questo appunto il momento più delicato della preparazione. Dopo un po' di tempo (variabile a seconda della qualità del bleu di metilene e dell'eosina adoperati, ma che oscilla tra un minimo di 10 e un massimo di 20 minuti) si vede formarsi e colare lungo le pareti della bevuta il finissimo precipitato granuloso bleu scuro; se la bollitura è spinta troppo oltre il precipitato che si forma diventa così abbondante che l'alcool metilico, che va aggiunto successivamente, non riesce a scioglierlo completamente, sì che la miscela, pur non perdendo i suoi pregi, riesce meno buona. Si leva dal fuoco, si lascia raffreddare, e si aggiunge cc. 50 di alcool metilico purissimo esente da acetone. Con ciò i procedimenti di preparazione sono terminati. È inutile filtrare perchè non si formano mai precipitati. Dopo 8-10 giorni, durante i quali sarà opportuno che sia tenuto lon-

tano dalla luce diretta, il liquido è pronto per l'uso.

È utile nei vari procedimenti di riscaldamento e di ebollizione tener tappata l'Erlennmeyer con un batuffolo di ovatta.

Senza ricordare tutte le considerazioni che nei numerosi tentativi mi hanno condotto a questa formula di preparazione, suggerirò alcuni dati che la pratica mi ha insegnato.

Il bleu di metilene deve essere di buona qualità; ma non è necessario che sia di quello così detto «medicinale», come vuolsi dagli AA. che mi hanno preceduto; poichè io ho fatto uso indifferentemente di bleu di metilene Merck, di bleu di metilene francese, e di bleu di metilene italiano; e anzi non ho mai adoperato bleu di metilene medicinale, semplicemente perchè non era a mia disposizione. E sempre con tutte le qualità di bleu ho ottenuto risultati soddisfacentissimi. E questo vale anche per la eosina. Per l'alcool metilico o per la glicerina ho adoperate le qualità comunemente in commercio (Ditta C. Erba).

Questa miscela, che io adopero ogni giorno da più di due mesi, dà dei risultati veramente eccellenti, identici, e spesso anche superiori, a quelli della miscela preparata dalla Casa Grübler. Serve a tutti gli scopi pei quali è raccomandata quella tedesca.

Per la colorazione le norme sono identiche a quelle della miscela della Casa Grübler, tanto per gli strisci quanto per le sezioni.

Gli strisci di sangue, fissati in alcool metilico, si colorano versando sopra il vetrino, mantenuto in superficie piana, uno strato dello spessore di 2-3 millimetri della soluzione diluita in acqua distillata nelle proporzioni di una goccia per centimetro cubico di acqua, e lasciando colorare per un periodo di tempo variabile tra 20-45 minuti, a seconda della natura del materiale da colorarsi. Naturalmente, come per tutti i liquidi analoghi, anche per questo ha importanza la sua maturità; così un determinato materiale che si colora in 20 minuti con una soluzione preparata da oltre 10 giorni e quindi matura, esige invece un tempo molto maggiore (45, 60 ed anche 90 minuti) quando si usi una soluzione fresca.

I risultati sono analoghi a quelli della miscela di Grübler, colla differenza che colla mia si ha una più distinta colorazione delle granulazioni neutrofile dei granulociti, una più spiccata tinta azurrofila del cromomero delle piastrine e dei granuli dei mastleucociti; e colora benissimo con nettezza di particolari i parassiti malarici. Benissimo pure la colorazione dei batteri e di altri microparassiti (spirochete pallida, ecc.).

Gli eritrociti vengono colorati in rosa-pallido, e nettamente manifestano la eventuale policromatofilia e la eventuale presenza di granuli basofili (eritrociti punteggiati). Così distintissimi appaiono per la colorazione intensamente rossa i corpi di Schmauch e di Jolly nelle emazie del gattino; e ben differenziati dalle granulazioni neutrofile i corpi di Döhle (colorati in bleu-mare) nei casi in cui compaiono nei leucociti neutrofili.

Ho anche proceduto alla colorazione di preparati di sangue da lungo tempo distesi ed essiccati non fissati, nei quali, come è noto, col Giemsa di Grübler si hanno risultati poco soddisfacenti. Colla mia miscela invece si ottengono anche in questi casi ottime colorazioni, purchè, dopo compiuta la colorazione, si tuffi il preparato in acqua distillata per circa 5 minuti (l'acqua distillata asporta l'eccesso di bleu che si deposita sui globuli rossi, i quali riassumono la tinta rosa).

Un altro vantaggio che ho potuto rilevare nella mia miscela è che la diluizione in acqua distillata non dà mai quei numerosi ed abbondanti precipitati che dopo un po' di tempo si producono in quella tedesca, sì che colla stessa diluizione si può colorare successivamente più preparati, giacchè perde molto lentamente le sue proprietà coloranti (ho ottenuto ottime colorazioni anche con diluizioni preparate quarant'otto ore innanzi, e che avevano già servito alla colorazione di altri preparati).

L'esperienza mi ha dimostrato poi che è completamente inutile, se non dannoso, far precedere l'azione del liquido di May-Grünwald.

Egualmente buoni risultati dà nella colorazione degli elementi sanguigni nei tessuti, pei quali si usa nelle proporzioni e colle modalità comunemente adoperate colla miscela di Grübler.

Pisa, maggio 1920.

BIBLIOGRAFIA.

GIEMSA. *Centralb. f. Bakt., Or.*, 1902, 1904, 1913, 1914.
GROSSO. *Pathologica*, 1919.
MICHAELIS. *Centralb. f. Bakt., Or.*, 1901.
NERI. Com. alla R. Acc. dei Fisiocritici di Siena, 26 aprile 1918.
ROMANESE. *Policlinico, Sez. pratica*, 1919.

ERRATUM. — Nel lavoro «Sulla determinazione dei gruppi sanguigni» del dott. G. Egidi (fasc. 28), a pag. 725, nelle ultime righe della prima colonna e verso la metà della seconda colonna è ripetuta erroneamente la seguente proposizione:

2º tutti gli individui le cui emazie *non sono* state agglutinate non appartengono al gruppo IV.

La versione corretta è:

2º tutti gli individui le cui emazie *sono* state agglutinate non appartengono al gruppo IV.

SUNTI E RASSEGNE.

VENEREO - SIFILOGRAFIA.

Le moderne acquisizioni nel campo della venereo-sifilografia.

I recenti progressi nel campo della venereo-sifilografia hanno, è certo, assai modificato le nostre idee sull'argomento e messo in luce fatti nuovi, di grande importanza sia dal punto di vista generale, teoretico, sia per quanto ha tratto alla pratica clinica e soprattutto alla terapia.

Il Pollitzer (*Journ. of the amer. med. assoc.*, 1920, n. 12) insiste, a questo riguardo, sui vantaggi che vengono al problema prognostico generale della sifilide dalle nuove acquisizioni scientifiche degli ultimi due decenni: scoperta della spirocheta, reazione del Wassermann, arsenobenzoli.

La *scoperta della spirocheta* sembra all'Autore aver resa possibile la cura precoce della lue, evitando la perdita di tempo d'un'attesa della comparsa di fenomeni secondari prima d'iniziarla: egli ritiene cioè che la diagnosi non potesse — prima della scoperta della spirocheta — essere fatta con assoluta certezza in base ai soli dati clinici (?). Là dove il reperto del treponema potè sensibilmente avvantaggiare la dottrina della sifilide è nel campo delle localizzazioni nervose, soprattutto della tabe e della demenza paralitica; tanto più, da quando le ricerche sul liquido cefalo-rachidiano dimostrarono la stragrande frequenza di localizzazioni del virus, affatto latenti, già all'inizio del periodo secondario.

La *reazione del Wassermann*, nettamente positiva soltanto nella sifilide (*sic*), ha reso possibile la dimostrazione della natura luetica di lesioni tardive nervose e cardio-vascolari, ma soprattutto ha rivelato l'esistenza di un gran numero di casi di sifilide latente o affatto ignorata, stabilendo in modo irrefutabile la natura luetica di un gran numero di sindromi cliniche sin qui oscure o misconosciute. Le speranze riposte, sul principio, da taluni nella R. W. come indice nel corso delle cure specifiche sono però fallite, atteso che ormai sappiamo che una reazione negativa altro non significa se non che nell'organismo del paziente non vi sono focolai di spirochete abbastanza attivi da provocare una sufficiente formazione d'anticorpi specifici. Di più, nella sifilide tardiva — là dove più spesso il risultato della Wassermann avrebbe un reale valore diagnostico — frequentemente la reazione è negativa, pur durando manifestazioni specifiche in atto.

Nelle sifilidi antiche asintomatiche, possono darsi due distinti ordini di fatti. Talvolta, la R. W. permane ostinatamente negativa nel sangue, pur essendo negativa nel liquido c. r. ed essendo scompagnata da ogni qualsiasi manifestazione clinica, e ciò dopo intensa e regolare cura specifica; in questi casi, l'A. riprende per tre anni almeno il trattamento, sepure non con l'intensità del periodo recente. In altri casi, ad onta di esami clinici negativi, la R .W. scopre per mera casualità l'infezione latente. E allora l'A. suggerisce di vagliare bene le eventualità, bilanciando le probabilità prognostiche: nei soggetti sopra i 50 anni, la rara eventualità d'una trombosi cerebrale che ne abbrevi di qualche anno la vita è forse insufficiente a farci tentar l'alea d'una cura non indifferente e spesso vana nei suoi risultati, come quella che dovrebbe sradicare un virus annidato stabilmente in organi profondi. Tanto che l'A. sembra incline a raffrontare questa condizione di cose con il fenomeno ben noto dei portatori di germi (?).

La *terapia arsenobenzolica* sembra all'A. aver portato un numero di vantaggi assai inferiore all'opinione di gran parte dei sifilografi. Lo scarso valore clinico di una Wassermann negativa e la possibilità, ormai riconosciuta, di casi di sifilide, anche non curata, che decorrano senza manifestazioni di sorta, riducono i criteri di giudizio sulla sufficienza terapeutica degli arsenobenzoli alla constatazione dei casi di reinfezione sicuramente ammissibile. Ora, un notevole aumento di queste eventualità rispetto ai decenni scorsi si è indubbiamente verificato: e sembra all'A., il quale riporta un caso clinico personale, che questo fatto basti di per sè solo a farci misurare il peso che nella prognosi della sifilide va dato alle odierne possibilità di cura.

Un altro campo nel quale la venereo-sifilografia ha compiuto enormi progressi è quello della profilassi: Mc. Donagh (*The Practitioner*, gennaio 1920) insiste soprattutto su di uno fra i più salutari effetti della instancabile propaganda condotta nella Gran Brettagna, ossia il numero sempre crescente di venerei che si presentano alla visita medica ai primissimi inizii della malattia, dimostrandosi compresi dell'importanza somma d'un precoce intervento terapeutico.

Quanto ai numerosi preparati profilattici, l'A. osserva che essi non raggiungono certo l'efficacia della semplice lavatura con acqua e sapone preceduta da minzione, che ebbe già i favori della nostra scuola salernitana.

In questo campo, abbiamo ricalcato passo per passo, senza avvedercene, la via percorsa dal Lister in poi, per giungere dal concetto dell'antisepsi a quello assai più razionale dell'asepsi.

La cura a pagamento ci permette un maggior controllo sui nostri malati: chi paga, per poco che paghi, dimostra maggior solerzia ed assiduità di chi riceve cure gratuite. Questo ultimo, se non è educato, non apprezza il valore di ciò che ottiene gratis; se lo è, sovente sfrutta le cure che potrebbe procurarsi altrove a pagamento.

Un ostacolo all'efficacia della lotta contro le malattie veneree è, secondo l'A., l'eccessiva generalizzazione delle ricerche di laboratorio, dovuta in parte anche al loro valore... commerciale.

Oggi, molti malati, dopo un periodo d'iniezioni, si fanno fare una Wassermann e, se è negativa, si giudicano da sè guariti, e non li vedete più; altri, saputo che non vi son più gonococchi nel loro secreto uretrale, rifiutano il sondaggio dell'uretra e l'esame della prostata; una Wassermann positiva, all'indomani del matrimonio contratto senza consultare il curante, causerà poi magari un suicidio.

Si ricordi: che la spirocheta si rinviene coi mezzi di laboratorio solo nel 60 % delle lesioni iniziali: che una R. W. positiva non significa necessariamente che la lesione presentata dal paziente è di natura sifilitica, e neppure che la sua sifilide è attiva o richiede cura, ma dimostra soltanto che l'a. è in istato di difesa contro il virus; che la ricerca dello streptobacillo del Ducrey è per lo più vana nell'ulcera semplice contagiosa, data la grande difficoltà del reperto; che il gonococco si riscontra circa nel 15 % dei casi di gonorrea subacuta o cronica, maschile o femminile; che la deviazione del complemento prova lo stato di difesa dell'organismo contro il gonococco, ma non l'esistenza di blenorragia attiva e bisognosa di cure.

Solo l'esame clinico scrupoloso e spassionato può illuminarci sulla natura delle lesioni, sulle cure da seguire, sul consenso da dare al matrimonio dei nostri pazienti.

Nelle cure, si badi di non eccedere. Due pericoli presentano i trattamenti antisifilitici troppo intensi:

1° *L'intossicazione metallica.* — Si ricordi che anche l'arsenico può dare stomatiti, che mercurio e arsenico danno congestioni intestinali, polineuriti, epatiti, nefriti; l'arsenico specialmente può causare atrofia giallo-acuta del fegato, ittero ed uremia. Entrambe i rimedi poi possono portare a degenerazione degli endoteli, donde le emi — o paraplegie nel corso di cure specifiche, specialmente arsenicali.

Le alterazioni tossiche più frequenti sono a carico del tessuto mesenchimale, onde purtroppo non si manifestano se non quando dalla fase degenerativa sono passate alla progressiva. Esse non differiscono talora dalle alterazioni dovute alla lue medesima; la cura iodica, specie coi preparati colloidali, ne è il miglior antidoto, per l'attivazione che essa dà al metabolismo dello solfo.

Così dicasi dei solfoderivati, come la intramina (diortoaminotiobenzene) preconizzata dall'A. nelle infezioni croniche in genere e più attiva dei preparati similari, perchè composto proteinico, chemoterapico: essa è un prezioso rimedio nel corso delle cure specifiche arsenicali o mercuriali, e l'A. la usa abitualmente, per iniezioni endomuscolari, alla dose di 2-5 c. c., ripetuta all'occorrenza dopo la quarta o quinta iniezione d'arsenobenzolo.

Nei casi poi d'intossicazione medicamentosa, con dosi di 100-300 c.c. per via endovenosa contemporaneamente a 2-5 c.c. per ogni natica e ripetendo all'occorrenza le 3 iniezioni dopo 5 giorni, l'A. ottenne sempre ottimi risultati.

2° *Le neurorecidive.* — Secondo l'A. le sifilidi nervose vanno crescendo in modo impressionante dall'epoca della scoperta degli arsenobenzoli, al punto che, se le cose continuano così, si dovrà finire per considerare la sifilide come malattia del sistema nervoso.

Il polimorfismo delle sifilidi nervose si spiega con le varie vie e modi in cui il virus raggiunge il sistema nervoso: dai vasi sanguigni o, per filtrazione attraverso i plessi coroidei e l'aracnoide, dal liquor; ed è già in questo fatto un argomento contro l'ammissione di uno speciale virus nervoso. La forma precoce della sifilide nervosa assume nell'encefalo le note della emiplegia e dell'encefalite emorragica, nel midollo della paraplegia; nella forma tardiva, si hanno rispettivamente l'encefalomalacia o la paralisi generale (secondo che la degenerazione è primariamente a sede vascolare o del tessuto nobile) e la mielomalacia (poliomielite cronica anteriore, sclerosi laterale amiotrofica) o la mielite degenerativa (tabe). Quanto alle lesioni meningee, esse nella sifilide recente o rimangono puramente meningee o, per aderenze e compressione, danno meningoencefaliti (epilessia, paresi oculari) e meningomieliti (forme spurie della sindrome di Brown-Séquard). Nella tardiva, encefalite o mielite degenerativa (paralisi generale, tabe).

Nella sifilide precoce, le lesioni dell'aracnoide e della pia portano a leptomeningiti diffuse; nella tardiva (caratterizzata sempre dalla

localizzazione delle lesioni), il virus ha certe sedi di predilezione, nei fondi ciechi e nelle parti profonde dello spazio subaracnoideo; lo provano le lesioni cliniche: atrofia dell'ottico (sfondato subaracnoideo), paresi del III (spazio interpeduncolare), tabe cervicale o lombare (sfondati dovuti alla sporgenza del plesso cervicale e lombare).

Tutte queste localizzazioni sembrano facilitate dal fatto che le altre parti dell'organismo vennero sterilizzate dagli arsenobenzoli (donde notevole diminuzione degli anticorpi) mentre il tessuto nervoso non lo fu.

Un certo numero di neurorecidive del periodo recente resiste alla cura appropriata e determinerà più tardi lesioni degenerative, tanto più ove alla regolare cura mercuriale o arsenobenzolica non seguano uno o due anni di cure periodiche.

Tre regole formula l'A. per conbattere le sifilidi nervose:

1° Una cura intermittente per due anni è assai più importante delle precedenti tappe mercuriali o arsenobenzoliche;

2° L'usare soltanto rimedi a base metallica causa una minor resistenza del tessuto nervoso di fronte al virus, privandolo del suo sostanziale nutrimento col diminuire i processi d'ossidazione;

3° Non si sottoponga mai a cura un sifilitico nello stadio latente, se non presenta sintomi clinici e solo perchè ha R. W. positiva nel liquor. La cura modificherebbe la R. W. ma non le alterazioni nervose, che anzi precipiterebbero, divenendo incurabili.

Lo *shock*, tanto temuto nel corso di iniezioni endovenose, è dovuto ad una modificazione della reazione del sangue o all'assorbimento di altro colloide (proteina) perfettamente emulsionato, con conseguente aumento, precipitazione e dissoluzione delle particelle proteiche. L'intramina, non essendo a base metallica, neutralizza l'acidità causata dai metalli terapeutici: lo shock scompare istantaneamente se il medico può praticare con sufficiente prontezza una iniezione endovenosa di intramìna.

(I lettori potranno procurarsi la « Intramine » dalle *British Drug Houses Ltd.*, 22-30 Graham St., City Road, London N. 1. *Nota d. R.*).

Dicendo della *reazione del Wassermann*, l'A. ne espone la propria concezione teorica, fondata sull'azione reciproca fra due colloidi diversi: il siero dei sifilitici dà R. W. positiva per la stessa ragione per cui le sostanze chemoterapiche dimostrano maggiore attività curativa nella sifilide che in altre malattie per cui furono usate, ossia per il fatto della maggior ricchezza di particelle proteiniche difensive nel siero sifilitico rispetto ad ogni altro siero patologico.

Là, questo eccesso di proteine fissa il complemento; qui, fissa — per così dire — il metallo in quantità maggiori.

Naturalmente, nella pratica le cose si modificano, per il modificarsi delle proteine sottratte all'organismo ambiente: onde una R. W. negativa non ha valore di sorta e una R. W. positiva altro non significa se non che *presumibilmente* il soggetto ha avuto la sifilide.

La *vaccinoterapia* differisce dalla chemoterapia in quanto questa influisce sulla superficie delle molecole proteiniche e tende ad aumentarne l'azione ossidante, procacciando così la morte dei parassiti; quella, agisce sull'intima struttura delle molecole stesse.

Ogni errore di condotta della vaccinoterapia, provocando un eccesso di colloidi, annulla la azione immunizzante rapidamente ottenuta.

Gli inconvenienti si hanno con dosi troppo alte ed iniezioni troppo distanziate. Non sarà mai abbastanza ripetuto che e la chemoterapia e la vaccinoterapia mirano solo ad intensificare l'azione delle particelle proteiniche, ossia degli anticorpi difensivi; là dove essi sono già numerosi, come nella sifilide maligna, vediamo infatti gli arsenobenzoli fare scacco; e così vediamo nella gonorrea l'uso intempestivo di sostanze chemoterapiche o del vaccino favorire lo scoppio di complicazioni e fin di generalizzazioni della infezione.

Un controllo nel corso della vaccinoterapia antigonococcica è fornito perciò dalla deviazione del complemento. Una reazione positiva dopo l'uso del vaccino non è che la prova di un'immunità prodottasi verso quel vaccino, non necessariamente verso la malattia; dopo la massima positività, la reazione diviene negativa; le ricadute cliniche sono più frequenti a reazione allergica negativa e la ricomparsa di reazione positiva non è abitualmente accompagnata da tali evenienze.

Dal che si ricava che spesso una reazione positiva rappresenta una controindicazione al trattamento, come segno di buona difesa dell'organismo contro il virus. Il comportamento allergico (dalla comparsa di reazione positiva alla positiva completa e poi di nuovo alla negativa) è dunque un buon criterio di guida nella cura, indicando se e quando l'iniezione di vaccino va ripetuta.

Ottimi si dimostrarono nelle complicanze della blenorragia i vaccini sensibilizzati introdotti per via endovenosa e semprechè freschissimi. Il vaccino atossico di Thomson ha il vantaggio d'una maggiore stabilità.

Il Mac Donagh espone il suo metodo curativo nelle blenorragie acute, subacute ricorrenti o complicate, metodo che sostanzialmente consiste in un uso alternativo di chemoterapia metallica (palladio colloidale o pallamina, intramina, trimina o manganese-ferro-zinco colloidali), specialmente nel periodo acuto e associandovi la terapia comune, e di terapia vaccinica all'insorgere di complicanze.

I benefici effetti della chemoterapia coi metalli colloidali non si limiterebbero alle affezioni veneree, ma si estenderebbero anche a forme cutanee settiche (carbonchio, eresipela, dermatiti settiche con linfangite e pericolo di generalizzazione, ecc.).

RUSCA.

RADIOLOGIA.

La radioterapia dei fibro-miomi uterini.

(A. BÉCLÈRE. *Paris Médical*, n. 6, 7 febb. 1920).

Foveau de Courmelles fu il primo ad osservare nel 1904 l'azione benefica dei raggi Röntgen sui miomi uterini e le metrorragie che li accompagnano. Pochi mesi più tardi Deutsch e Imbert pubblicarono osservazioni analoghe, finchè altri medici di tutti i paesi civilizzati seguirono questo esempio; le osservazioni si moltiplicarono, la tecnica si miglioro, furono ottenuti successi più rapidi e in più grande proporzione, l'impiego del metodo si diffuse per modo che oggi, dal trattamento dei miomi uterini, la radioterapia è divenuta di pratica corrente e rivaleggia con l'intervento operatorio. Recentemente il prof. Faure, prendendo possesso della cattedra di clinica ginecologica, glorificava, a buon diritto, i progressi incessanti della chirurgia; ma, anche a buon diritto, aggiungeva che la radioterapia, il radium ci tolgono già la maggior parte dei fibromi.

Tecnica del trattamento. — Dal punto di vista tecnico il metodo di scelta è quello delle sedute settimanali e delle dosi moderate, da preferirsi al metodo delle irradiazioni distanziate ed intensive. Ciascuna seduta settimanale si compone essenzialmente di due irradiazioni successive, l'una a sinistra e l'altra a destra della linea mediana dell'addome, immediatamente al disopra delle due branche orizzontali del pube. Qualche volta, quando l'utero è in retroflessione, quando il fibroma occupa la concavità del sacro o il collo uterino, una terza irradiazione è diretta sulla regione sacrale. Infine, se le dimensioni del tumore l'esigono, la superficie dell'addome è divisa non più in due soltanto, ma in tre, quattro, sei e fino a otto circoscrizioni che successivamente servono di porta d'entrata all'irradiazione. Ciascuna irradiazione è localizzata ad una superficie circolare di 10 cm. di diametro, con un cilindro di vetro impiombato, opaco ai raggi X. Un sottile disco di legno è interposto fra il cilindro localizzatore e la parete addominale, la deprime e permette, con una compressione dolce, di ridurre la distanza che separa l'apparato genitale intra-pelvico dalla cute. Il focolaio d'emissione dei raggi è, secondo le dimensioni dell'ampolla in uso, da 18 a 22 cm. al disopra della superficie irradiata. Quest'ampolla, in passato, fu un'ampolla Thurneyssen, ad osmo-regolatore di Villard, con anticatode di platino o d'iridio, che dava passaggio ad una corrente di 1 milliampère. Attualmente ha fatto posto ad un'ampolla Coolidge, che, attraversata da una corrente di egual tensione, ma di 3 milliampères d'intensità, permette, in un tempo tre volte minore, di dare la medesima dose; con questa nuova ampolla ciascuna irradiazione dura al massimo cinque minuti.

Su due punti solamente l'A. ha modificato la tecnica primitiva. Egli ha portato, dapprima da 1 a 2, poi da 2 a 3 millimetri lo spessore della lama d'alluminio attraverso la quale è filtrata l'irradiazione, e attualmente impiega un filtro di 5 millimetri. Ha aumentato il potere di penetrazione dell'irradiazione stessa valutato, con uno spintermetro, da una scintilla equivalente di cui la lunghezza è passata progressivamente da 15 a 20 cm. La dose, misurata con un reattivo di Sabouraud-Noiré dopo il passaggio dell'irradiazione attraverso il filtro, il più delle volte non ha sorpassato, per ciascuna seduta e per ogni superficie d'irradiazione, tre unità Holzknecht e raggiunse al massimo tre unità e mezzo.

In queste condizioni il trattamento richiede da 12 a 20 sedute al massimo, durando da due mesi e mezzo a tre mesi.

Danni del trattamento. — Il solo vero danno della radioterapia è l'eccesso di dose, provocatore di reazioni cutanee sotto forma di radiodermiti acute o di lesioni trofiche tardive. Tutti gli altri misfatti di cui è stata accusata sono immaginari; essa è tanto incapace di trasformare un mioma in tumore maligno quanto di far nascere, sulla mucosa uterina, un epitelioma. Si evita il danno delle lesioni cutanee con una buona tecnica e qualche esperienza.

Risultati terapeutici. — Fra i risultati terapeutici ottenuti senza sofferenza, senza cambiamento delle abitudini di vita, i due principali furono la soppressione delle metrorragie e la riduzione di volume dei tumori uterini.

Azione sulle metrorragie. — Solo eccezionalmente la radioterapia non riesce ad evitare ai malati un intervento chirurgico, giustificato dall'abbondanza delle perdite sanguigne. In tutti gli altri casi il trattamento ha per risultato, con la scomparsa delle metrorragie, la soppressione della funzione mestruale, e questa soppressione, accompagnata dall'apparizione per così dire costante delle vampate di calore caratteristiche della menopausa, è il segnale della sospensione delle sedute. In qualche caso, prima della loro scomparsa, le metrorragie divengono più abbondanti. Nella gran maggioranza dei casi le regole vengono soppresse senza esser comparse più di due o tre volte dopo l'inizio del trattamento. Questa menopausa provocata e prematura resta il più delle volte definitiva; nei casi di recidiva dopo un'amenorrea di durata variabile (da qualche mese a qualche anno), con la ripresa del trattamento, dopo poche sedute, la menopausa definitiva si ottiene sempre.

Azione sui tumori uterini. — I tumori uterini, sotto l'azione dei raggi, non solo si arrestano nel loro sviluppo, ma diminuiscono di volume. La riduzione di volume comincia con le prime sedute del trattamento; è apprezzabile il più spesso alla terza, qualche volta perfino dopo la seconda seduta. Di settimana in settimana il loro polo superiore si ravvicina progressivamente alla sinfisi pubica, progredendo fino ad un centimetro per settimana.

Modo d'azione del trattamento. — Secondo l'opinione corrente, nella radioterapia dei fibromi uterini, l'azione dei raggi Röntgen si eserciterebbe primitivamente sull'ovaio. Essi realizzerebbero una *castrazione secca* da cui dipenderebbe la regressione dei fibromi, così come questa regressione si osserva frequentemente in seguito alla castrazione sanguinolenta preconizzata da Hegar e Battey. Ma si deve giustamente notare che la riduzione di volume dei fibromi trattati con la radioterapia è spesso più rapida e più importante di quella che succede alla menopausa fisiologica, e che questa riduzione si osserva prima che il trattamento abbia condotto alla soppressione delle mestruazioni. Si deve quindi ammettere, a lato dell'azione sulle ovaia, un'azione diretta dei raggi Röntgen sui fibromi. La distruzione e la scomparsa degli elementi cellulari neoplasici da cui son formati i fibro-miomi sono gli effetti principali e diretti di questa medicazione e la prima manifestazione della sua azione.

Dopo la cessazione delle regole e l'apparizione delle vampe di calore caratteristiche della menopausa, quando il trattamento è sospeso, i tumori uterini continuano il più spesso a decrescere, molto più lentamente d'altra parte che durante il trattamento. Ma se, dopo un'assenza più o meno lunga, le mestruazioni ricompaiono, questo ritorno è frequentemente accompagnato da un risveglio dell'attività del fibroma, che di nuovo cresce e aumenta di volume. Questo aumento di volume precede il ritorno delle regole ed è a sua volta preceduto dalla scomparsa delle vampe di colore (il che consiglia la ripresa immediata del trattamento). L'ovaio, glandola a secrezione interna, centro trofico di tutto l'apparato genitale, manifesta così sullo sviluppo dei neoplasmi della parete muscolare dell'utero un'azione stimolatrice di cui si deve tenere gran conto.

Indicazioni del trattamento. — Quando la radioterapia era considerata come un modo di sterilizzazione ovarica, essa aveva per indicazione capitale e quasi esclusiva le metrorragie causate dai fibromi di piccolo volume nelle donne di età superiore ai quarant'anni. Per quelli che ammettono che la radioterapia agisce direttamente sui fibromi arrestandone lo sviluppo e producendone la regressione, che essa è efficace tanto prima quanto dopo i quarant'anni, che è efficace tanto per i piccoli fibromi quanto per quelli voluminosi, che è efficace tanto nei casi di mestruazioni normali quanto nei casi di metrorragie, fatta solo eccezione di alcune condizioni che impongono imperiosamente l'intervento chirurgico (mortificazione gangrenosa dei fibromi, coesistenza di un piosalpinge, fibroma sporgente attraverso l'orificio cervicale dell'utero nella cavità vaginale), la radioterapia è applicabile a tutti i fibromi uterini.

B. MASCI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 23 maggio 1920.
Presidenza del prof. V. ASCOLI, vicepresidente.

Ricerche pneumografiche nel sonno degli encefalitici.

Prof. A. MENDICINI. — L'O. ha potuto mettere in rilievo che il fatto più caratteristico è l'irregolarità del respiro; irregolarità che si manifesta anche nello stato di veglia, ma che è specialmente spiccata durante il sonno sia superficiale che profondo.

L'irregolarità interessa: la frequenza degli atti respiratori, l'ampiezza, il ritmo, la forma della curva. L'O. ammette che tali modificazioni siano d' origine bulbare onde l'ipotesi assai probabile della presenza, negli encefalitici, di un veleno circolante il quale, analogamente alle sostanze ipnotiche ed anestetiche, eserciti un'azione deprimente su i centri nervosi (donde la causa del sonno) ed in particolar modo sul centro respiratorio.

I disturbi psichici degli encefalitici.

Dr. C. DE SANCTIS. — Ha potuto esaminare 54 casi di encefalite letargica epidemica e solo in 2 ha potuto con certezza escludere apprezzabili alterazioni psichiche. L'agitazione psicomotoria può presentarsi in forma di un'inquietudine motoria semplice oppure può associarsi all'ansia. Riguardo ai disturbi umoriali prevalentemente si tratta di illusioni. Le allucinazioni sono per lo meno da considerarsi assai più rare delle illusioni, il che non toglie che in alcuni gravi stati si debba parlare di vero delirio allucinatorio. Le allucinazioni ipnagiformi sono assai frequenti.

La coscienza talvolta è assai turbata, però più raramente di quello che non si pensi. I deliri, quanto mai variabili e che per lo più si presentano la sera e la notte sono frequentissimi. Frequenti la depressione, l'apatia, lo stupore. Nei casi più gravi si giunge alla confusione allucinatoria acuta.

Termo-regolatore elettrico per incubatrici.

Prof. F. VALAGUSSA. — Presenta un modello di termoregolatore fondato sul noto principio della differenza del coefficiente di dilatazione di due metalli saldati insieme.

L'apparecchio è costituito in modo da permettere l'interruzione di una resistenza posta nel vuoto col risalire della temperatura del termostato. Il termoregolatore è sensibile ad una differenza di due gradi. Esso è applicabile alle sterilizzatrici elettriche.

Intorno alla determinazione del sesso.

Prof. F. LA TORRE. — Espone le ricerche compiute dai vari autori e le ipotesi emesse e si ferma maggiormente a discutere le idee esposte su l'argomento dal Bolaffio in una passata seduta.

Saggi di radioterapia dei tumori cerebrali.

Prof. P. ALESSANDRINI. — Presenta due soggetti: una bambina di 9 anni ed un uomo di 43 anni affetti l'una da tumor cerebri della regione del talamo ottico di destra, l'altro da tumor dell'angolo ponto-cerebellare di sinistra nei quali è stata applicata la terapia radiologica a dosi molto intense.

I risultati ottenuti sino ad oggi sono tali da incoraggiare nella ulteriore applicazione di detta terapia, dato che in rapporto alle applicazioni radioterapiche si è avuta la scomparsa progressiva di non pochi sintomi.

L'O. conclude dicendo che:

1° L'irradiazione intensiva del cervello è in grado di modificare notevolmente i fenomeni generali e locali determinati da tumori cerebrali. Non si sono osservati effetti dannosi nel sistema nervoso.

2° In tutti i casi di tumori inoperabili è giustificato un tentativo di radioterapia.

3° Nei casi di tumori operabili è opportuno fare un tentativo di radioterapia specialmente se il nuovo indirizzo tecnico della radioterapia profonda corrisponderà alle speranze su di esso fondate.

E. GROSSI.

Accademia Medico-Fisica Fiorentina.

Seduta del 29 aprile 1920.

Ricerche batteriologiche e sperimentali sull'etiologia dell'encefalite epidemica (*).

P. BASTAI. — Inoculando sette gatti adulti per via endorachidea con filtrato attraverso candele Berkefeld Syst-Nordtmeyer di tre cervelli umani encefalitici, si provoca in cinque degli animali un quadro morboso che presenta le note dell'encefalite epidemica.

La trasmissione in serie è stata tentata una volta senza successo.

L'O. ha pure eseguito una serie di ricerche culturali con tecnica particolare: *a*) con filtrati di cervello umano encefalitico; *b*) da cervelli di gatti inoculati on cervello umano encefalitico.

È riuscito così due volte, una dal filtrato umano, l'altra direttamente dal cervello di un gatto, ad isolare un microorganismo di cui espone i caratteri morfologici, biologici, sierologici.

Fra l'altro sono notevoli le seguenti proprietà: si dimostra filtrabile attraverso Berkefeld e Chamberland; resiste nella glicerina al 50 %; dimostra una spiccata affinità per il sistema nervoso; riproduce nel gatto adulto una malattia del tutto simile a quella provocata nel medesimo animale dal filtrato di cervello umano encefalitico, e nel gattino un quadro clinico e lesioni anatomiche simili a quelle della encefalite umana.

L'O. prospetta la possibilità che l'agente etiologico dell'E.E. possa ritrovarsi nel gruppo dei

---

(*) Il lavoro completo viene pubblicato nel primo numero dello *Sperimentale*, Firenze, 1920.

cocchi filtrabili, al quale appartiene quello da lui descritto. Non si nasconde però la insufficienza di dati sperimentali sicuramente decisivi e quindi non può escludere che anche questo microorganismo, come certamente altri cocchi descritti da varie parti, non rappresenti un germe concomitante o di associazione, ma comunque particolarmente interessante.

Discussione.

PISANI e VARISCO. — Anticipano le comunicazioni di reperti batteriologici da essi ottenuti nel liquido cefalorachidiano, nel sangue, e nel contenuto di pustole cutanee di otto malati di encefalite di forma per lo più grave ricoverati nella Clinica Medica.

Si tratta di una varietà di diplococco che non è perfettamente raffrontabile e nessuna delle altre forme diplococciche patogene note; espone le note morfologiche e culturali differenziali.

Le sue dimensioni piuttosto piccole 0.7-0.8 micron nel singolo cocco, nella prima generazione, raggiungono o sorpassano successivamente gli 1, 5 micron.

Gli OO. allo stato attuale delle loro ricerche non credono di poter trarre alcuna deduzione conclusiva, per quanto la costanza del reperto ottenuto in ricerche eseguite indipendentemente e su malati diversi rappresentino elementi molto suggestivi per affermare che debba trattarsi almeno di germi di frequente associazione.

P. RONDONI. — Domanda se sono stati cercati i cocchi nelle sezioni del sistema nervoso degli animali inoculati, in modo da studiare eventuali rapporti fra cocchi e alterazioni anatomiche.

F. MICHELI. — Quali rapporti ha il micrococco filtrabile illustrato dal dott. Bastai con l'etiologia dell'E.E.? Ne è l'agente etiologico, oppure esso non rappresenta che un germe di associazione, che un agente d'infezione secondaria o concomitante? In realtà è difficile rispondere, così come è difficile orientarsi nella serie dei cocchi riscontrati e descritti da varie parti in questi ultimi tempi — accanto a un gran numero di reperti negativi — nelle culture dal sangue, dal liquor e dall'encafalo di pazienti affetti da E.E.

Io non mi sento oggi di esprimere un giudizio esplicito. E mi limiterò quindi a segnalare come fra i tanti finora descritti, il micrococco studiato in questo Istituto ha certamente un posto a sè fra i più piccoli cocchi finora noti.

Le ricerche non sono ancora sufficienti a definirlo come l'agente etiologico dell'E.E. perchè, fra l'altro, non è stato isolato finora — forse anche per le speciali esigenze culturali del primo iolamento — che in due casi (encefalo) e perchè è mancato il suo riscontro nel sangue e nel liquor degli ammalati; ma è sufficiente, mi pare, a conferire un non dubbio interesse al reperto illustrato dal dott. Bastai, in quanto esso costituisce, comunque, un contributo degno di attenzione allo studio — finora appena abbozzato — dei micrococchi filtrabili.

Società Medico-Chirurgica Anconitana.

IV riunione - 28 maggio 1920.

Modificazione all'operazione di Talma.

Dott. ALDO MERGARI (Ostra). Comunica una sua modificazione all'operazione del Talma; previa incisione sulla linea xifo ombellicale, scolla la parete muscolare tanto del tessuto cellulare sottocutaneo che del peritoneo ottenendo così quattro grandi tasche, due sopra i muscoli retti e due sotto. Apre il peritoneo in senso trasversale ed estratto l'omento lo fissa all'incisione peritoneale con pochi punti di catgut, osservando di non comprendere vasi importanti e distende quindi l'omento e lo fissa nelle due tasche profonde o preperitoneali.

Divide infine l'omento dall'alto in basso ed ottiene due lembi che ribatte ognuno nelle tasche omonime superficiali in modo da inguainare in certo qual modo i muscoli retti.

Egli ha operato con tale metodo 7 malati di idrope ascite da cirrosi epatica ottenendo i seguenti risultati:

Un operato morì in sette giornate per una forma di collasso.

Un secondo migliorò e visse ancora un anno; sebbene avesse lasciato il vizio dell'alcool.

Un terzo è stato operato da poco e quindi ancora il risultato è *sub iudice.*

In quattro si ottenne la guarigione completa che dura da 5 a 7 anni.

Fra questi è degno di nota un malato venuto dall'America, il quale era stato assoggettato parecchie volte alla paracentesi e che sugli ultimi tempi doveva farsi estrarre ogni quindici giorni dai 25 ai 30 litri di liquido per volta.

La protesi dell'avampiede.

Dott. F. BARTOLI. — Per quel che riguarda le mutilazioni poco demolitive del piede (amputazione delle dita e delle estremità distali dei metatarsi), la protesi ha poco o punto valore conservandosi quasi integra la funzione del piede; per le amputazioni più demolitive (tipo Lisfranc e Chopart) la protesi assume invece un'importanza capitale. Ma dei monconi derivati da queste ultime amputazioni cioè dalla Lisfranc e dalla Chopart giova distinguere due tipi, sempre in rapporto alla protesi: un primo tipo comprende i monconi che mantengono normale la loro funzione e normali i loro rapporti con la articolazione tibiotarsica e rispettivamente con la gamba, un secondo tipo che comprende i monconi più o meno deviati e più o meno mobili sull'articolazione tibio-tarsica.

È facile pensare come per i monconi del primo tipo la protesi possa facilmente adattarsi e continuare lo scheletro e la funzione del piede, e così una pianella con suolo di cuoio e avampiede di sughero o una scarpina atta a ben contenere il moncone e portante un avampiede protarsico, introdotta sia l'una che l'altra nella scarpa normale permettono una deambulazione molto simile a quella fisiologica e che può essere continuata per un tempo relativamente lungo, senza pericolo di lesioni del moncone e senza eccessivo affaticamento.

Ma per il secondo gruppo di monconi del piede secondari ad amputazioni tipo Lisfranc o Chopart, gli apparecchi su descritti non corrispondono a nessun requisito funzionale.

Nel caso poi in cui per una ragione o per l'altra l'articolazione tibio-astragalica sia limitatissima o anchilosata, il moncone munito di una semplice protesi, come dei tipi suaccennati, è costretto durante le escursioni ambulatorie, facendo centro sulla sua estremità plantare, e non sull'articolazione tibio-tarsica a subire un attrito non del tutto innocuo su tutta la superficie terminale e a risentirne i dannosi effetti delle ulcerazioni, dei decubiti, delle furuncolosi, ecc., ecc.

L'O. ha avuto agio di esaminare molti tipi di protesi dell'avampiede visti nelle varie officine d'Italia che ha visitato, esposti in alcune esposizioni e congressi di recente tenutisi sull'argomento della protesi in genere. Ma non ha potuto trovare un tipo di protesi che per i casi in parola corrisponda allo scopo.

E con i suggerimenti dei mutilati stessi e con il consiglio delle maestranze della officina regionale di protesi di Ancona, ha studiato e fatto eseguire uno speciale apparecchio di protesi per monconi difettosi di amputazioni alla Lisfranc e alla Chopart, del quale apparecchio presenta un modello, e da cui ha avuto fino a ora dei risultati più che lusinghieri.

La successiva esperienza in merito e le varie inevitabili modificazioni che si dovranno portare all'apparecchio, danno sicuro affidamento di poter quanto prima raggiungere anche nella costruzione di questa protesi quei perfezionamenti che sono di già stati raggiunti per gli apparecchi destinati ad altri monconi.

Frattanto deve comunicare che vari mutilati di avampiede a moncone poco o punto mobile sull'articolazione tibio-tarsica, e anche deviato, portano e da molti mesi l'apparecchio presentato dall'O. con completa loro soddisfazione e con funzionalità tale da rendere la deambulazione facilissima e per niente affaticante o dannosa.

Qualche caso di febbre malarica in bambini contratta in Ancona.

Prof. RICCARDO FUÀ. — L'A. riporta le storie cliniche di 3 bambini dove la diagnosi di terzana fu convalidata dal reperto dell'emosporidio nel sangue. I bambini non si erano mai mossi da Ancona. Ritiene l'A. che l'infezione sia in questi casi trasmessa da anopheles casualmente portati, non ammette che altri insetti possano trasmettere la malaria altrimenti la malattia dovrebbe avere una maggiore diffusione.

Accenna ad alcune caratteristiche nel decorso della malaria nel bambino ed alla cura con dose massima di chinino.

Tadei, Baccarani e Bartoli riferiscono di casi di malaria da essi osservati nelle vicinanze di Ancona in individui che non si erano mossi dal proprio paese. L'Assemblea esprime un voto perchè l'Ufficio di igiene istituisca ricerche per stabilire l'origine di questi casi e se si ritrovi nelle zone ove si osservano gli anopheles.

Dott. SALVOLINI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA.

La diagnosi della pericardite con versamento.

Troppo spesso la pericardite passa completamente inavvertita; negli ospedali di Londra, su 238 casi di pericardite osservati in 15 anni, se ne sono avuti 137 (60 %) non diagnosticati. Questa manchevolezza è specialmente frequente nella pericardite purulenta dei bambini, che risulta diagnosticata solamente nel 6 % dei casi. Diversi sono gli elementi utili per la diagnosi.

Eziologia. — Si deve pensare al versamento pericardico nelle affezioni polmonari e specialmente pleurali della prima infanzia: fra 5 e 15 anni è prevalente, come causa, il reumatismo articolare acuto: questo e la polmonite hanno la stessa importanza nell'età fra i 15 e 30 anni, in cui anche la tubercolosi si nota frequentemente come elemento causale. Al di là dei 30 è la nefrite cronica che va sostituendo tutte le altre cause; la pericardite va ricercata sistematicamente in tutti gli uremici.

Segni fisici. — L'inizio di ogni pericardite è rivelato da una dilatazione del cuore, che si traduce con aumento dell'area di ottusità cardiaca. Questa si estende al 5° spazio intercostale (segno di Rotch) e progredisce in modo eccentrico e simmetrico, come si può notare, comparando i risultati d'esame di giorni successivi.

Nel bambino, e nell'adulto con cassa toracica stretta, si hanno segni di pleurite destra: che però scompaiono facendo mettere l'ammalato in posizione genu-pettorale: con la puntura della pleura non si estrae liquido.

Segni funzionali. — Uno dei più netti è la dispnea intensa, per cui gli ammalati sono costretti ad assumere la posizione genu-pettorale. Si nota la distensione permanente delle jugulari senza polso venoso; un importante elemento diagnostico è il polso paradosso di Kussmaul.

L'esame radioscopico è pure assai utile, particolarmente con l'uso della pneumosierosa; tale esame sarà necessario nel bambino, quando si osservi un'affezione toracica ad andamento insolito. D'importanza assoluta è la puntura esploratrice.

Sono riportati dagli autori dei segni ingannatori, o inesistenti. Fra questi vi è la così detta incisura di Sibson, che altro non sarebbe se non un errore di traduzione (*encroach* = estensione per *encoche* = incisura), come riferisce G. Blechmann in *Journ. de med. et chir. prat.*, 25 novembre 1919. L'incisura non si osserva affatto nella ottusità cardiaca, che, nel versamento pericardico, va estendendosi man mano. L'indebolimento dell'urto della punta e l'allontanamento dei rumori sono più che altro fenomeni miocardici, a meno che non si tratti di versamenti molto abbondanti.

Il liquido, poi, non ricaccia il cuore in alto ed all'infuori, ma tende piuttosto a fargli prendere una posizione verticale, con la punta in basso.

Forme cliniche. — È essenziale la distinzione fra la pericardite dell'infanzia e quella della età adulta.

La prima può essere d'*origine reumatica*: si presenta con dispnea angosciosa, con sfregamento pericardico, segni di pleurite alla base destra: poi lo sfregamento scompare e l'ottusità precordiale si estende con il formarsi del versamento. In seguito i fenomeni si attenuano, ma ne residua facilmente sinfisi cardiaca. Fenomeni analoghi, ma con sintomi subbiettivi attenuati, si osservano nelle pericarditi purulente, consecutive ad empiema, osteomielite, ecc.

Le pericarditi dell'adulto sono o di origine tubercolare o brightica. La prima si annuncia con dispnea più o meno grave; si trova una ottusità cardiaca estesa: con la puntura del pericardio si estraggono 1-2 litri di liquido, che si riproduce poi facilmente; quando si verifica la guarigione si ha come conseguenza una sinfisi. Le pericarditi brightiche sono mascherate dai fenomeni di insufficienza renale (dispnea, edema, rumore di galoppo, azotemia, cloruremia, ecc.) e passano spesso inosservate in vita.

fil.

Le bronchiti dei cardiaci.

Il tipo più frequente è la congestione edematosa; viene in seguito l'edema polmonare, dovuto ad indebolimento del ventricolo sinistro, che si osserva specialmente nei renali ipertesi o negli aortici, più raramente nelle malattie infettive. Si hanno inoltre infiammazioni acute o croniche, che prolungano o complicano il quadro morboso.

Congestione edematosa. — Si applica il trattamento dell'insufficienza miocardica: letto, digitalina (1/10 di mg. al giorno), teobromina (1 g. al giorno in due volte) regime idro-latteo. Se la congestione è forte, con sputi sanguigni, emottisi, applicazione di ventose secche o scarificate.

Edema polmonare acuto. — Praticare d'urgenza il salasso (300 g.) e contemporaneamente iniezione di caffeina (10 cg.) o d'olio canforato. In seguito fare un'iniezione endomuscolare di strofantina cristallizzata (1/10 di mg.) che è dolorosa, ma assai utile. Diffidare dell'iniezione endovenosa, che può anche essere seguita da fenomeni gravi e da morte. Regime latteo molto ridotto (400 g. di latte e 400 di acqua). Se dopo un paio di giorni esiste ancora aritmia o ritmo di galoppo, ricorrere alla teobromina (1 g. al giorno in due volte) ed alla digitalina (1/10 di mg. per 10 giorni: sospensione per tre giorni, riprendere per 10); il regime idrolattico, dopo 6-10 giorni si può sostituire con regime lattovegetariano clorurato. Quando l'edema acuto si accompagni a dolore anginoso, iniettare piccole quantità di morfina.

Infiammazioni croniche. — Si osservano focolai di pneumonite interstiziale e cronica, con leggera subottusità, respiro soffiante, rantoli umidi. Nella diagnosi bisogna tener presente la tubercolosi e la sifilide.

Si prescriveranno piccole dosi di digitalina cristallizzata (5 gocce della soluzione alcalina a 1/1000, per 3-10 giorni) teobromina per 5 giorni su 10.

In caso di sifilide pregressa, di tubercolosi, applicare un trattamento adatto. Il mercurio è tollerato meglio che l'arsenico e lo joduro; quest'ultimo aggrava talora lo stato dei bronchi. I balsamici hanno azione irritante sui reni e vanno quindi evitati nei renali. Ogni 10 giorni, si applicheranno 4-6 ventose scarificate. Buoni effetti si hanno con la polvere del Dover, nei tubercolosi, il cacodilato e l'arseniato di soda sono utili e ben tollerati.

Frequente è l'errore di trattare come tubercolosi questi ammalati, perchè hanno espettorato sanguigno: l'esame di questo leverà ogni dubbio.

Infiammazioni acute. — Possono essere dipendenti (infarto), o non dallo stato cardiaco.

Infarto polmonare. — È consecutivo ad un embolismo e rivelato dal dolore puntorio, dispnea violenta, espettorazione sanguigna; la sua gravità varia secondo la natura della malattia; più lieve nella stenosi mitrale, è male sopportato dai cardio-renali.

Il trattamento cardiaco consisterà nella digitalina a piccole dosi (1/10 di mg.) e nella teobromina, accompagnata da riposo a letto e regime idro-latteo.

Dal lato polmonare, si applicheranno sei ventose scarificate ed eventualmente si farà una iniezione di morfina (non più di 2-3 mg.!): poca utilità si ricava dalle inalazioni ed iniezioni di ossigeno. (Ch. Fiessinger. *Journal des praticiens,* 1° novembre 1919).

Contro l'emottisi, non prescrivere nè ipecacuana nè emetina; le piccole dosi di morfina, le ventose scarificate sono il migliore rimedio.

Male sopportati sono gl'impacchi caldi, mentre quelli secchi con cotone, ricoperto di taffetà saranno assai utili. Le iniezioni di olio canforato, di saccarosio (0.20 per cc.) di caffeina manterranno la resistenza dell'organismo. Come regime, prescrivere latte (1 litro) ed altrettanta quantità di tisana a cui si può aggiungere qualche cucchiaio di acquavite.

Buoni effetti si ottengono con l'adrenalina (10 gocce, 2-3 volte al giorno) e con le pozioni all'acetato d'ammoniaca ed al liquore anisato d'ammonio.

Le *bronchiti* e *broncopolmoniti,* che sono indipendenti dall'affezione cardiaca, hanno talora carattere emorragico, ciò che rende delicata la diagnosi dall'infarto. Il trattamento consiste nelle ventose scarificate, nella digitalina (5 gocce della soluzione a 1/1000 tutte le mattine) nell'adrenalina (10 gocce 3 volte al giorno) nelle iniezioni endomuscolari di fermenti metallici (10 cmc.) a partire dal quarto giorno, e se la febbre è persistente. La prognosi in questi casi dipende dallo stato del miocardio: i valvolari, specialmente con insufficienza mitrale, resistono meglio che i cardio-renali.

fil.

Il trattamento dell' angina pectoris

Quando si consideri l'*angina pectoris,* come una crisi dolorosa parossistica dell'apparecchio circolatorio, a dolore retrosternale, irradiantesi per lo più a destra, e con sensazione di costrizione toracica con dispnea angoscia e sensazione di morte prossima, si deve concludere dall'esame degli ammalati e delle descrizione degli autori, che si tratta di una sindrome senza specificità, affatto banale con modalità cliniche variabili (A. Martinet, *Presse médical,* 25 febbraio 1920). Non possiamo quindi parlare di una sola, ma di varie *angine pectoris,* differenti per gravità e modalità e quindi anche per la cura nella quale occorrerà tener presente l'elemento anatomico, il fisiopatologico, l'eziologico e le cause provocatrici.

In linea generale il trattamento deve considerare la cura sintomatica dell'accesso e quella patogenica dei periodi interanginosi.

Cura della crisi. — 1° Iniezione, in una coscia, di 1 cc. di questa soluzione (Solfato d'atropina *mg. due*: cloridrato di morfina *cg. dieci*: acqua dist. *cc. 10*); quasi contemporaneamente iniettare all'altra coscia 2-3 cc. di olio canforato

al 10%. 2° Avvolgimento senapato del torace (due pugni di farina di senape in 2 litri d'acqua calda, intriderne un asciugamano a spugna, con cui si circonda il torace ricoprendo poi con *baudruche*: lasciare 15-30 minuti fino a reazione rossa della cute); pure utile il bagno caldo (42°-43°) alle braccia. 3° Inalazione di nitrito d'amile, ad azione fugace, oppure somministrazione di trinitrina, per iniezioni (1/4-1/2 cmc di XXX goccie di trinitrina a 1/100 in 10 cmc di acqua distillata) o per bocca. Soluzione di trinitrina a 1/100 XXX goccie, sciroppo di fiori d'arancio g. 50: acqua gr. 250: 2-3 cucchiai). 4° In caso di edema acuto polmonare, ed anche solo di minaccia, praticare senza esi tazione un buon salasso anche in soggetti in stato di cachessia per sclerosi avanzata.

Nell'intervallo della crisi la cura sarà subordinata alla causa. Tenuto conto della costanza con cui si osserva l'insufficienza (anche relativa) del ventricolo sinistro, l'A. consiglia la medicazione digitalica sistematica a *dosi minime ed intermittenti.* (1/10 di mg. di digitalina cristallizzata; oppure 5-8 gocce di digalen, o 5-10 cg. di polvere di foglia o digitalina in periodi di 3 giorni la settimana, oppure 5 ogni quindicina, oppure 10 al mese.

Nell'arteriosclerosi si prescriverà il riposo relativo, con regime ridotto (ipoclorurato, ipoazotato), la cura digitalica alternata con cure diuretiche (teobromina, scilla lattosio).

Nelle aortiti sifilitiche, il trattamento specifico ed anche una violenta rivulsione toracica (mosche di Milano ripetute ogni 5 giorni e medicature con vaselina morfinata).

Nei gottosi, pletorici, angiospastici, si prescriverà il trattamento proprio di tali affezioni, insistendo sopratutto sulla limitazione delle bevande e sui piccoli pasti. Gli stretti legami che uniscono il cuore allo stomaco indicano la necessità di curare anche quest'ultimo, specialmente nel caso di aerofagia. Utile è spesso il riposo a letto. Gli ioduri utili nei sifilitici sono spesso nefasti nell'arteriosclerosi, e raccomandabili invece ai nervosi, angiospastici, sfigmolabili a cui si potranno prescrivere come segue: Arseniato di sodio *cg. dieci.* Ioduro di sodio e bromuro di sodio ana *g. dieci.* Acqua dist. cmc. 300; un cucchiaio a mezzodì e sera, nei periodi di eretismo nervoso. Utili sono i preparati di valeriana. Qualche vantaggio si può ottenere con un trattamento ginnastico metodico.

Il tè, il caffè, i liquori e sopratutto il tabacco vanno senz'altro proibiti. Infine non va trascurato il trattamento psichico, che deve mirare a dare una certa tranquillità a questi malati.

fil.

Il trattamento dell'ipertensione

Secondo Eli Moschcowitz (*Am. Journ. of med. sciences*, aprile 1920) il trattamento dell'iperstensione va considerato sotto i punti di vista psichico, dietetico, fisioterapico, medicamentoso.

È importante curare la psiche dell'infermo, nel senso che egli abbia esatta cognizione del suo stato, senza eccessivi timori che gli procurino nuove ansie. Non è necessario proibirgli le sue abituali occupazioni, nè tampoco imporgli il ritiro da gli affari, ciò che potrebbe anche esser dannoso. Sarà bene però consigliargli di diminuire le ore di lavoro, di evitare nuovi impegni, ed eventualmente di sostituire le occupazioni, che riescono più ostiche, con altre più gradevoli. Di grande efficacia sono le vacanze, anche perchè offrono opportunità di derivarne nuove impressioni mentali.

Varie e numerose sono le *diete* consigliate nell'ipertensione; molte di esse si fondano sul principio di ridurre al minimo le albumine, ciò che è un errore, in quanto che la dieta ad alto contenuto proteinico non esercita alcuna influenza, nè sulla ipertensione, nè sulla eventuale albuminuria. È invece importante tener presente che questi ammalati hanno un peso superiore al normale, sia per mancanza di esercizio, sia per abuso di alcool. La dieta va quindi ridotta, specialmente per quantità, sino ad ottenere una riduzione di peso, andando sino ad un certo limite che va determinato per ogni individuo; si vedrà così che i fenomeni obbiettivi e subbiettivi, che erano scomparsi con la riduzione di peso, possono ricomparire, con l'aumento di esso. La dieta sarà semplice, consistente in frutta, caffè o tè, senza zucchero, carne, verdure, formaggio ed una quantità limitata di pane. Raggiunto il peso minimo, si potranno concedere alimenti ad alto contenuto di calorie, per impedire nuova perdita di peso. L'alcool va proibito, poichè con esso non è possibile nessuna cura di riduzione, non per altra ragione, poichè l'A. è dell'opinione di Cabot che l'alcool non ha influenza diretta sull'ipertensione o sugli stati ipertensivi.

Esercizio fisico. — Il riposo va consigliato *solamente* agli ipertesi con insufficienza circolatoria e nei casi che verranno più avanti accennati. Per gli altri, indipendentemente dallo stato delle funzioni renali, l'esercizio fisico non può che giovare, purchè opportunamente graduato e fatto sistematicamente. Il migliore esercizio è il golf; altrimenti fanno bene le passeggiate, fatte giornalmente e senza interruzione finchè il paziente si sente stanco. Se per qualche ragione, sono impossibili le passeggiate, il paziente si sottoporrà al massaggio.

Raggiunta così, con la dieta e l'esercizio, una sufficiente riduzione di peso, il paziente si sente molto meglio, scompaiono i dolori, aumentano le riserve cardiache, i movimenti sono più agili, esso non sente più la continua stanchezza di prima, dorme meglio, ha una migliore energia mentale.

La cura di riposo ha tre indicazioni principali: 1) nelle grave insufficienze circolatorie (polso frequente ed irregolare, congestioni ipostatiche, oliguria con notevole aumento di albumina, edema polmonare, ecc.); 2) nella ipertensione detta essenziale, con polso pieno e segni premonitori di emorragia cerebrale; 3) nelle forme che durano da tempo, con dispnea ed indebolimento generale.

Medicamenti. — Nonostante l'opinione che la digitale sia controindicata nell'ipertensione, l'A. invece la consiglia pienamente. È un errore il ritenere che essa in dosi terapeutiche aumenti direttamente la pressione sanguigna: essa invece agisce prevalentemente sul ritmo, regolarizzandolo, dove essa è irregolare. Essa è quindi indicata, non soltanto negli ipertesi scompensati, ma anche per esempio in quelli che si lamentano di lieve dispnea dopo l'esercizio, di dolori anginoidi, cefalea, vertigini; non va somministrata quando la frequenza del polso è di 60-30; ma già una frequenza di 74-80 non costituisce una controindicazione.

I *nitriti* agiscono realmente abbassando la pressione sanguigna: sono però unicamente rimedî sintomatici per i fenomeni da spasmo (attacchi anginoidi, afasia transitoria, torpore e sintomi paretici, vertigini).

Gli *joduri* possono avere qualche efficacia solamente nel caso di arteriosclerosi sifilitica. Il *cloralio* non ha azione sulla pressione, ma ha soltanto effetto ipnotico e calmante ed è meglio sostituirlo con altri medicamenti perchè blandi.

La *caffeina* va usata solo negli stadî di scompenso. *Fil.*

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

L' eziologia dell'aborto.

Dallo studio di un centinaio di casi d'aborto, D. Dougal (*British med. Journal*, 8 maggio 1920) viene alle conclusioni seguenti.

L'aborto si verifica il più spesso fra il 3° e 4° mese; esso è relativamente raro fra le primipare; è pure raro che esso si ripeta, a meno che non vi sia in campo la sifilide.

Cause accidentali o riflesse si trovano nel 18 %; nel 25 % si tratta di malattia generale della madre, oppure di spostamenti o malattie degli organi genitali, oppure a grandi anormalità del feto.

La sifilide (Wassermann positiva) si trova nel 12 %, probabilmente però la sua influenza doveva limitarsi all'8 %.

Il rimanente 52 % deve probabilmente attribuirsi in parte a provocazione che, certamente non è minore del 20 %; fra queste l'8 % ha ammesso di aver preso pillole a base di piombo e mostrava segni di intossicazione saturnina. turnina. Rimane circa il 30 % in cui non si è potuto determinare la causa, nemmeno con ricerche patologiche.

In complesso sembra che la causa prima dell'aborto debba ricercarsi nella madre, sia per malattie organiche, sia per aumentata irritabilità dei centri che comandano l'azione espulsiva dell'utero.

r. s.

Ricerche sul potere sinciziolitico del sangue.

Frammenti di placenta tenuti a contatto con siero di sangue in termostato per 40-60 ore presentano fenomeni di istolisi interessanti tanto lo stroma che l'epitelio. Non vi ha differenza fra siero di gravida e di non gravida, mentre il siero fetale non causa che alterazioni di poco conto. E. Cova (*Annali di ostetricia e ginecol.*, anno XLI, n. 1-2) ritiene giustamente che analoghe alterazioni portino in vivo alla distruzione dei frammenti di placenta deportati nel circolo durante la gravidanza e che le modificazioni del sangue della gravida siano la conseguenza di un continuo disfacimento del tessuto placentare e della penetrazione in circolo dei prodotti del disfacimento.

BOL.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1150) *Iniezioni epidurali.* — Al dott. G. D. G.: Quantità di liquido non molto inferiore a quelle indicate da Kehrer e concentrazioni di novocaina, anche al 2 %, sono consigliate anche da altri autori: l'importante, nelle iniezioni epidurali, è quella di assicurarsi di non essere penetrati in un vaso sanguigno (fuoriuscita di sangue) e sotto la dura (fuoriuscita di liquido cerebro spinale). Occorre inoltre tener presente che l'aggiunta di bicarbonato di sodio, consigliata da taluni, può provocare gangrene al punto di iniezione, se la soluzione viene fatta bollire un po' a lungo.

Per quanto riguarla l'angina di Plaut-Vincent, è già stato risposto nel n. 12.

fil.

(1151) *Sulle disinfezioni.* — All'abb. S. C.: Le valvole negli apparecchi di disinfezione a vapore fluente sono superflue, perchè non può

aversi pressione superiore alla normale, possono anzi danneggiare l'operazione ostacolando il libero e rapido movimento e deflusso del vapore.

Pure il termometro in un apparecchio ben costrutto è superfluo, raggiungendosi ivi, a getto pieno. sicuramente la temperatura necessaria di circa 98°-99° C.

Sarà invece utile e indispensabile per il collaudo dell'apparecchio, dovendosi determinare la temperatura tanto all'interno del cilindro e della massa degli oggetti, come al punto di efflusso, insieme alle altre prove, e cioè la fusione delle leghe, l'annerimento della mistura di solfato ferroso anidro e acido tannico e quella (più sicura) dell'uccisione dei batteri (per es., stafilococchi).

a. p.

(1152) *Periodici italiani d'ostetricia e ginecologia.* — Al dott. U. Gallina da Corfù:

Contengono recensioni: la «Rassegna d'Ostetricia e Ginecologia» di Napoli, diretta dall'on. prof. Carlo Tucca (via Torretta, 135); «La Clinica Ostetrica» di Roma, diretta dal prof. Felice La Torre (via Orazio, 30); la «Rivista d'Ostetricia e Ginecologia pratica» di Palermo (via Ignazio Florio, 14), diretta dal prof. Fortunato Montuoro.

Pubblicano soltanto lavori originali i «Folii Gynaecologica» di Pavia, diretti dal prof. Innocenzo Clivio (ora passato a Genova), e gli «Archivi di Ostetricia e Ginecologia» di Milano, diretti dal sen. prof. Luigi Mangiagalli. L'«Archivio Italiano di Ginecologia» di Napoli, non vede la luce da vario tempo.

Sono da menzionare anche i giornali d'ostetricia minore: «L'Arte Ostetrica» del sen. Mangiagalli (Milano), la «Gazzetta Italiana delle Levatrici» del prof. Arturo Guzzoni degli Ancarani (Modena).

R. B.

(1153) Al dott. M. S.:

Consigliamo: Castaigne e Chiray: *Les maladies du foie;* Rolleston: *Liver's Diseases;* Mohr e Stahelin: *Malattie dell'apparato respiratorio* (vol. II, parte I, del *Trattato di medicina interna*). *t. p.*

(1154) Al dott. C. A.:

Non ci consta che sia stato pubblicato in Italia un libro sui medicamenti nuovi dell'ultimo quinquennio. Come libro di consultazione generale su tale materia può esserle utile il seguente: Cesaris Pietro: *Nuovo dizionario di chimica, farmacia, materia medica e scienza affini*, con aggiunta di un formulario terapeutico; IV edizione con supplemento del 1920. Tipografia Succ. Wilmant, Lodi. Prezzo L. 12.50. *l. b.*

CENNI BIBLIOGRAFICI

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

N. GIANNETTASIO: *Gli addominali di guerra* (con 16 tavole intercalate nel testo). — L. Cappelli, Bologna, 1920 (volume in-8 di pag. 265).

E' questo un lavoro organico, sviluppato con programma e scopo precisi.

L'A., il quale, com'è noto, fu direttore di una delle nostre autoambulanze chirurgiche d'armata, dopo aver dato un breve e compiuto cenno storico sull'argomento che tratta, descrive le autoambulanze presso gli eserciti alleati e presso il nostro, ricordando le accalorate discussioni cui esse diedero luogo, ed espone largamente il loro funzionamento, gli inconvenienti verificati in principio, i perfezionamenti apportati per accrescerne i vantaggi e dà molti altri particolari.

Segue un capitolo dedicato alla definizione e classificazione delle ferite addominali ed al raggruppamento delle proprie osservazioni sotto tre capi: 1° ferite estraperitoneali, distinte in parietali e viscerali (uni- e multiviscerali); 2° peritoneali, distinte in semplici e viscerali (ledenti organi cavi od organi parenchimatosi); 3° toraco-addominali. I tre gruppi di osservazioni sono esposti in tre capitoli separati, i quali non sono aride compilazioni di cifre rinterzate da semplici commenti diagnostici o tecnici, ma costituiscono vere trattazioni ad ampio svolgimento, ricche di calzanti richiami ai concetti ed all'opera di altri chirurghi, salde per vigore di sintesi, senza inutili esuberanze.

L'anatomia patologica delle lesioni è trattata a parte, e con ciò sono state evitate quelle ingombranti ripetizioni di reperti cui non si sarebbe potuto sfuggire se fossero stati annessi alle singole osservazioni contenute nei tre capitoli precedenti. I reperti sono descritti partitamente per ogni organo, corredati di evidenti figure in fototipia, e lumeggiati con acume e padronanza della materia, in confronto di quelli riportati da altri autori.

L'ultimo capitolo è riservato al problema operatorio, alle indicazioni e controindicazioni, ai criteri e modi dell'intervento, questioni tecniche le più fine, ai resultati degli atti operativi, distinti in maniera da comprovare il valore pratico dei concetti direttivi e dei precetti esposti dall'A.; è, insomma, un prezioso ristretto di medicina operatoria specializzata.

Il libro del prof. Giannettasio è veramente un bel libro, che interessa non solo i chirurghi, ma anche i medici ed i biologi; e, ciò che non nuoce, è scritto con uno stile così lucido, spigliato e vigoroso, e con tale brio dialettico, da riuscire, oltre a tutto, anche un libro di piacevole lettura. L. V.

D. P. A. CALÒ: *Ferite articolari di guerra*. — Edit.: Fed. naz. assist. Invalidi Guerra, Roma. — L. 20.

Una bella e lusinghiera prefazione del professore Alessandri riassume gl'intenti e i molti meriti del volume, che presentiamo e raccomandiamo all'attenzione dei nostri lettori e specialmente di ogni chirurgo.

Il Calò fu per quindici mesi nell'Ospedale di tappa di Palmanova, a pochi chilometri dalla linea di combattimento, e per due anni addetto al Centro fisioterapico del Corpo d'Armata Territoriale di Roma.

Nel suo lavoro pertanto egli non solo fa tesoro dell'esperienza altrui, ma studia e analizza la mole veramente importante del materiale clinico offerto alla sua osservazione personale.

Al primo periodo della sua attività appartengono 429 casi di ferite articolari, che l'A. studia dal punto di vista della vita dell'infermo, della conservazione dell'arto e della articolazione lesa.

Al secondo periodo si riferiscono 428 casi, studiati sopratutto dal punto di vista funzionale.

L'A. limita il suo studio alle 6 grandi articolazioni degli arti, ma in compenso prende in considerazione anche le lesioni dei tessuti circostanti. Ciò dà all'insieme del volume una mirabile armonia e completezza: infatti mal si comprende come si possa, specie dal punto di vista degli esiti a distanza e della funzione, astrarre dalle lesioni dei tessuti circostanti, lesioni che qualche volta possono avere una importanza maggiore di quelle stesse articolari propriamente dette. Ed il Calò, da buon traumatologo di guerra, non è caduto nell'errore di altri e pur valorosi autori, che lo han preceduto.

Il piano del libro è eminentemente classico e tutti i capitoli, dalla *etiologia* alla *cura*, sono trattati con una tale finezza minuta di analisi, con tale dovizia di dati precisi, da comunicare a chi legge il senso della grande sicurezza, che è nell'A.

La parte più importante del pregevole lavoro, praticamente e socialmente, è quella dedicata alla *cura*. Il Calò svolge, con acume e rara finezza di critica, la quistione, dell'astensionismo operatorio e dello intervento, sia immediato che tardivo. Discute dell' *artrotomia* nella cura primitiva e nella cura secondaria, e dopo aver dato al paragrafo della *resezione* uno svolgimento che può ben dirsi magistrale, finisce con lo accennare rapidamente all'*amputazione*.

Il contributo personale dell'A. e la casistica — corredati e documentati da ben XVI tavole radiografiche, nelle quali passano in rivista i casi più singolari e complicati di lesioni articolari — sono della maggiore importanza e può ben credersi che anche il più ostinato astensionista della vecchia scuola, giunto alla fine del bel lavoro, sarà convertito alle nuove e vittoriose audacie della chirurgia moderna.

Pregio non trascurabile, pei tempi che corrono, di questo pregevolissimo libro, è quello essere edito in veste tipografica correttissima ed elegante.

T. FERRETTI.

VARIA

Influenza morale delle glandole endocrine.

I recenti progressi compiuti nella conoscenza del meraviglioso compito delle glandole endocrine, solleva il problema se l'armonia completa del loro funzionamento non sia indispensabile per determinare anche la nostra salute morale.

Non sembra affatto assurdo che una disarmonia endocrina possa rendere irritabili, scontrosi, collerici, malevoli, cinici; ad esempio, noi sappiamo come la tossiemia determinata da insufficiente funzionamento della tiroide si accompagni ad irritabilità che i soggetti non riescono a vincere.

Anche l'ipersessualità di certi uomini, che non di rado sfida ogni controllo, è forse dovuta all'influenza predominante della secrezione interna del testicolo, ben distinta da quella esterna.

Il nervosismo di certe persone, accompagnantesi a sintomi isterici, si vorrebbe dovuto a ipertiroidismo nei suoi vari gradi e a deficiente funzione dell'ipofisi.

Un uomo o una donna dall'armonico funzionamento del sistema endocrino dovrebbero essere creature angeliche, nell'effettività e nel carattere.

È probabile che in avvenire riusciremo a discriminare l'influenza delle varie glandole endocrine e ad agire su di esse: una larga via si dischiude alla organoterapia, che ora è del tutto empirica; molte miserie morali della vita finiranno forse con lo scomparire.

(*American Medicine*, maggio 1920).

R. B.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

ALBERTINI ALFREDO: *Primi risultati dell'assistenza medica e pedagogica agli alunni anormali nelle scuole autonome comunali «F. Treves»* (1915-1919). — Milano, 1919.

ROSSI G., CALENDOLI E., COLIZZA C. e PALMIERI-NUTI P.: *Notizie su alcune serie di lavori di microbiologia in corso.* — Portici, 1920.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

A proposito di professori da operetta.

All'articolo del collega dott. Ugo Righi ha già risposto assennatamente l'egregio *Pangloss,* cercando di portare la questione nei termini moderati nei quali deve essere mantenuta, lasciando certi titoli che per senso intimo di equità possono offendere quella larga maggioranza che non li merita e che finirebbe col divenire solidale proprio con coloro che il Righi vorrebbe bollare. Anzitutto questi, nella sua furia giovanile, ha agitato delle cifre cervellotiche e strampalate, e deve essere nettamente biasimata, sia per l'ingiusto contenuto sostanziale che per la forma, la sua affermazione che in Italia di liberi docenti rispettabili ce ne sieno solo l'uno per cento e che il resto sia formato da una falange di *cialtroni sciocchi*: parole grosse che colpirebbero, l'ha pensato il sig. Righi? almeno due o tremila colleghi in quel dottorato che almeno finora egli non mostra di disprezzare. Non so quali liberi docenti abbia conosciuto lui, ma probabilmente dalle sue parole vivacissime penso che si sia incontrato in casi deplorevoli e che tutti da tanto tempo deploriamo. Io però posso rispondergli, se non altro per i miei diciannove anni di laurea e anche un poco per virtù o vizio, come vuol lui, della famigerata libera docenza, che di colleghi docenti ne ho conosciuti molti, molti, e non ne ho tratta mai l'impressione pessimistica che il collega descrive, anzi conto fra essi un numero tutt'altro che esiguo di persone le quali coprono con molto onore cariche di primo ordine e che sono stimatissimi da tutti i colleghi per superiore coltura riconosciuta largamente. Aggiungerò, dacchè siamo in tema di impressionismo e di convinzioni personali, che se prendessimo dieci medici liberi docenti, a caso, e altri dieci medici non docenti, pure a caso, c'è da scommettere con sicura probabilità di vincere che la maggior coltura medica pratica e teorica sarà ad usura dimostrata dal gruppo dei docenti, a meno che il caso andasse proprio a tirar fuori i più asini dei docenti ed i più valenti dei dottori semplici. E aggiunge ancora che se dovessi farmi curare da un dottore qualsiasi che non conoscessi, nè per titoli nè per posizione, preferirei sempre un docente ad uno che non lo fosse. Il Righi poi parla di camorre: la sua parola colpisce qui una piaga vera, ma perchè rivolgere per essa gli anatemi ai docenti, mentre ne sono soli colpevoli i professori ordinari? Non sono loro che concedono la docenza? Spetta quindi a loro tutelare l'onestà universitaria anche in questo campo. Ladri ce ne sono da per tutto, ma la polizia spetta al governo, e guai a quel governo che possa addirittura essere sospettato di tenere il sacco! Inoltre e qui rispondo anche a *Pangloss,* non vedo perchè si debba tenere tanto in onore la laurea e si voglia fare poi della libera docenza addirittura un titolo negativo: anche la laurea si può carpire spesso purtroppo senza esserne degni, balzellando abilmente da una Università all'altra per ottenere i famosi 18 dai professori in fama di maggiore indulgenza o di coscienza più elastica. E per questo si vorrà considerare un pezzo di carta anche la laurea e dire che il 99 per cento dei dottori sono cialtroni sciocchi? Non comprende il Righi che di questo passo e con simili ragionamenti si tornerebbe all'empirismo giudicandosi i professionisti solo.... dal favor popolare? E poi perchè prendersela colla libera docenza, mentre si tace di tanti altri diplomi, specie dei così detti corsi di perfezionamento, che inondano di carta i fascicoli che si ci deve digerire nei vari concorsi e che sono rilasciati a tutti senza distinzione purhè paghino le tasse? E perchè si tollera l'autospecializzazione per la quale chi abbia soltanto la laurea e venti lire per far stampare una placca, può gabellare il pubblico in ogni sorta di specialità? Quella è vera truffa, egregio collega, ma se truffa vi è nel caso della libera docenza, questa è compiuta massimamente verso coloro che affrontando ogni sorta di sacrifici (e ce ne son tanti) perdendo in studi lunghi, seri, la miglior parte della gioventù senza nessun compenso finanziario e con scarsi compensi morali, esponendosi a giudizi tecnici pubblici spesso severissimi, rischiando nella prova finale di pochi giorni il proprio buon nome professionale, finiscono coll'ottenere un diploma che si tenta in ogni modo di svalutare. Una volta, trovandomi in commissione sentii appunto da un professore ufficiale l'affermazione che la libera docenza poteva concedersi anche in quel caso, perchè infine non valeva nulla: calza il paragone di *Pangloss* del zigaro e del cavalierato che non si negano a nessuno. Ragionare come quel professore è disonesto, perchè il vendere a un povero ingenuo una merce che non val nulla è una truffa, truffa talora premeditata per buttare a mare, svalutandoli *a priori,* il maggior numero di concorrenti che potrebbero poi riuscire incomodi. Ma io non sono tanto pessimista da credere che il male dipenda spesso da tali premeditazioni ovvero

da camorre vere e proprie, bensì da una certa leggerezza, o da innata indulgenza che effettivamente portano a danni gravi, ma che nell'intenzione non sono colpevoli. Bisognerebbe che quei professori, e ve ne sono parecchi, i quali hanno la massima severità nella concessione delle libere docenze si facessero iniziatori di una campagna che tornerebbe tutta a loro onore per limitare se non eliminare le facili concessioni e i protezionismi. Dovrebbero sovratutto i professori lasciare ai singoli commissari di libere docenze maggiore libertà di giudizio sui candidati, perchè avviene non di rado una tal quale coazione morale da parte del professore che sostiene il suo allievo di fronte agli altri, specie al commissario libero docente. E questo dovrebbe essere scelto fuori del tutto dall'ambito dell'Università militante, cioè non aiuto o assistente, perchè troppo vincolato da interessi personali. Ma poi non si dovrebbe tollerare che nella Commissione entrasse il maestro o il presunto maestro del candidato. Quanto alla revisione delle libere docenze passate io già altra volta parecchi anni fa nell'*Avvenire Sanitario* espressi idee analoghe a quelle di *Pangloss*, ma l'attuazione pratica è difficile e non sarebbe scevra di ingiustizie specie per i vecchi. Tuttavia è una proposta discutibile che non atterrirebbe nessuno di coloro i quali sanno di aver lavorato sul serio e di non aver rubato nulla. A conclusione poi del mio dire non avrei che ripetere l'invito di *Pangloss*: perchè tanto scalpore? La libera docenza è davvero alla mercè di chi vuol prendersela? E se la prenda chi vuole e chi non vuole stia zitto. Forse qualcuno potrebbe accorgersi, all'atto pratico, che l'ignoranza non è sempre un documento sufficiente per ottenere l'invidiato professorato e che invece occorre studiare, studiare davvero e sacrificarsi, e che il titolo costa di più di quel famoso grado di capitano a cui dava diritto la sola scienza dei capelli grigi. È una scienza questa eccessivamente comoda, benchè non desiderabile!

Dott. Prof. ARTURO CAMPANI
Direttore degli Ospedali Civili di Brescia.

Con la pubblicazione dell'articolo del prof. Campani riteniamo esaurita la discussione sull'argomento. Certo la nota del dott. Righi aveva una forma un po' troppo vivace. Noi l'accogliemmo come un gesto simpatico e giovanile, ma giusta esplosione contro l'esagerazione e l'abuso. E naturalmente pubblicando lo scritto del collega non intendevamo affatto associarci a tutte le affermazioni e le considerazioni in esso contenute. Abbiamo inteso solo aprire la discussione su un argomento di notevole interesse per la classe medica. Per il decoro ed il prestigio della libera docenza è necessario che il conseguimento di essa sia meglio regolato. Ciò potrà ottenersi con opportune modificazioni nella costituzione delle Commissioni esaminatrici e stabilendo che la libera docenza debba essere concessa solo per titoli ed esami, i quali diano effettivamente la garanzia che il candidato sia veramente padrone della materia della libera docenza, alla quale aspira, e che abbia la capacità di insegnarla. Il metodo attuale è troppo semplicione e sbrigativo e non poteva dare effetti diversi da quelli che generalmente si lamentano.

Cronaca del movimento professionale.

Per la legge sull'assicurazione contro le malattie.

Come è noto, il governo dell'on. Nitti aveva presentato alla Camera, senza farlo distribuire, il progetto dell'assicurazione contro le malattie.

Nella recente riunione del Gruppo Sanitario parlamentare fu lungamente discusso l'importante argomento e fu deciso di intervistare il nuovo ministro on. Labriola per conoscere il suo pensiero in proposito.

Il segretario del Gruppo, on. Capasso, ha avuto una prima intervista col ministro del Lavoro.

L'on. Labriola ha detto che egli, da poco assunto all'importante ufficio, ha bisogno di studiare i progetti della Commissione e quello del Governo, di rendersene conto esatto, per prendere poi le sue decisioni, non senza aver prima dei colloquii e contatti col Gruppo parlamentare. Ha aggiunto che il progetto presentato dal governo dell'on. Nitti era molto diverso dai progetti massimo e minimo della Commissione.

Nell'Ordine di Avellino.

La rinnovazione dell'intero Consiglio a norma della legge sugli Ordini e la distribuzione delle cariche hanno dato il risultato seguente: prof. Sgobbo Francesco Paolo presidente, Masucci Alfonso segretario, Jandoli Raffaele tesoriere, D'Alessandro Camillo, Sirignano Giuseppe, Aurilia Enrico, Tedesco Agostino membri.

Vento di fronda tra i medici spagnuoli.

Il movimento sindacalista dei medici spagnuoli si diffonde rapidamente nella penisola iberica dovuto alle pessime condizioni economiche e allo sfruttamento sistematico di cui sono vittima da parte dei vari Enti.

A Jerez, Cartagena, Murcia si ebbero scioperi parziali o totali, con esiti non sempre favorevoli. A Madrid si sta ora iniziando un forte movimento e la discussione verte solo sul punto se l'astensione dalle cure deve colpire le classi abbienti o la totalità dei malati.

ATTI PARLAMENTARI.

Il Gruppo Sanitario Parlamentare.

Si è riunito, or non è molto, nel II Ufficio della Camera dei Deputati, il Gruppo Sanitario parlamentare.

È stata denunciata, anzitutto, la mancanza attuale del *chinino,* che costituisce un intralcio grave alla funzione della lotta antimalarica di cui si parlò diffusamente, specie in rapporto ai problemi della piccola bonifica e dalla necessità della creazione di un gran numero di ambulatori antimalarici. È stata all'uopo nominata una Commissione con incarico di presentare proposte concrete dopo un adeguato studio dell'argomento.

È stato discusso poi il problema del grave costo del *materiale di medicatura* e degli *strumenti chirurgici.*

In rapporto al progetto di legge sul *riordinamento dei servizi igienici,* dopo una relazione dell'on. Capasso sul Congresso di Trieste e sul Convegno ultimo di Napoli, il progetto venne ampiamente messo in discussione cui parteciparono gli onorevoli Baglioni, Dore, Caminiti, Ciocchi, Costa, Morisani, Pezzullo ed altri, e fu deciso di tornare sull'argomento dopo di aver vagliato il memoriale che presenterà l'Associazione Nazionale degli Ufficiali Sanitari.

È stato deciso inoltre di intervistare il Ministro del Lavoro, on. Labriola, per conoscere il suo pensiero intorno al progetto di legge sull'*assicurazione contro la malattia.*

Infine venne stabilito di svolgere durante la discussione sulle Comunicazioni del Governo un ordine del giorno a nome del Gruppo sulla necessità di una urgente sistemazione economica dell'*assistenza ospedaliera.*

Per la crisi dell'insegnamento superiore scientifico.

L'on. Cermenati ha presentato alla presidenza della Camera dei deputati la seguente mozione:

« La Camera, preso atto della nobile ed opportuna petizione al Parlamento Nazionale dei professori delle Università italiane; pienamente convinta che la ricerca scientifica e l'insegnamento superiore, come le fonti più pure e più ricche donde può attingere il patrimonio intellettuale morale e materiale di un popolo, sono per la Nazione titolo di ogni maggior grandezza civile e origine di sicura prosperità economica; convinta del pari che, così quale è stata ridotta, l'Università nostra, non è più che un mediocre strumento d'istruzione professionale e non potrà che fornire cittadini e professionisti mal preparati moralmente e tecnicamente; invita il Governo ad emanare adeguati, solleciti provvedimenti perchè le Università d'Italia, che rappresentano nel mondo una gloriosa tradizione di sapienza, siano messe in grado di impartire dalle cattedre insegnamenti veramente efficaci e di proseguire utilmente nei laboratorî la ricerca della verità scientifica ».

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Consiglio Superiore di Sanità.

Il giorno 28 giugno u. s. si è riunito il Consiglio Superiore di Sanità.

Intervennero quasi tutti i consiglieri; presiedeva il prof. Golgi.

Aperta la seduta, il direttore generale della Sanità Pubblica fece la consueta, sommaria, esposizione circa l'andamento delle malattie infettive nel regno ed all'estero, con speciale ricordo al periodo gravissimo delle vicende belliche, che tanta importanza hanno avuto nel modificare la geografia nosologica dei popoli. Accennò al fatto che le notizie statistiche pervenute intorno alle manifestazioni epidemiche nelle varie nazioni non sono che frammentarie ed insicure, per le speciali condizioni in cui esse si sono trovate, e si trovano, in dipendenza della guerra, e pertanto un giudizio adeguato non è possibile, quantunque non possa formularsi con molto ottimismo.

1. Malattie epidemiche principali.

Passando alle principali malattie epidemiche si intrattenne sulla *grippe,* che riempì il mondo di lutti e di dolori; nessun paese ne fu risparmiato, mentre più specialmente ne furono colpite le zone tropicali, subtropicali e temperate. Dai primi rilevamenti sommarî il numero dei morti per tale malattia in tutto il mondo si fa ascendere a 20 milioni. Nella ondata seconda (1919-1920) fu meno grave l'andamento dell'infezione.

Le cause di tale fenomeno non sono ben determinate e forse non lo saranno fino a che non sarà meglio precisata la etiologia di tale malattia.

Le varie regioni d'Italia pagarono largamente il loro tributo. Quasi da per tutto la forma presentò le stesse note caratteristiche, ed anche nel regno, la seconda ondata del 1919-1920 fu assai meno grave e colpì prevalentemente la parte di popolazione sfuggita nel primo periodo 1918-1919. Ammessa una causa unica, unico contagio, bisogna attribuire la modifica della diffusibilità del contagio all'elemento uomo, che, per circostanze più o meno intrinseche, deve essersi reso meno sensibile.

Quanto alla *encefalite letargica,* fece notare che la prima comparsa in Italia fu nel 1918, ma un discreto parossismo epidemico si ebbe nell'inverno 1919-1920, in cui le denunzie ascesero a 4919 casi con una mortalità di circa il 25 per cento.

La Direzione Generale della Sanità ha cercato, per la illustrazione di tale forma, di favorire ed incoraggiare le ricerche di laboratorio e di praticare un'inchiesta sui dati di fatto e sull'avviso dei medici.

Quanto al *vaiuolo,* mise in rilievo che già negli Stati Uniti nel 1917 e 1918 erasi notata una rilevante recrudescenza.

Nel Canadà, nel Brasile, nel Perù, nella Columbia, nella Bolivia si ebbero focolai importanti. Si ebbero pure manifestazioni di una certa gravità nell'Asia: a Giava, nelle Indie inglesi, in Cina,

nel Giappone, nella Corea; casi pure si ebbero in Egitto, nell'Algeria e nella Tunisia.

Nell'Europa i maggiori focolai furono nell'Europa orientale e centrale, così nella Finlandia quasi tutte le provincie furono colpite; la Rumenia, la Czeco-Slovacchia, la Polonia furono largamente infette. Focolai di qualche rilievo furono segnalati in Germania, in Spagna (Valencia, Siviglia), nel Portogallo (Oporto).

In Italia, prima della guerra, il vaiuolo era pressochè scomparso, tanto che il numero-indice di mortalità di esso era abbassato del 99.98 %.

Il movimento continuo delle truppe e specialmente di prigionieri, di profughi, di lavoratori, e la sventura di Caporetto provocarono l'incendio, che da tre grandi focolai, stabilitisi in Napoli, Bari e Taranto, guadagnarono la maggior parte del territorio del regno, sovratutto nella parte meridionale.

L'Amministrazione sanitaria ha impegnata una lotta titanica, specie a mezzo della vaccinazione: pratica questa che è riuscita di insuperata utilità.

Nei riguardi del *tifo esantematico,* che nell'ora presente desta le maggiori preoccupazioni, da una impressionante uniformità di concordi informazioni pervenute, sia dai vari Governi, sia dalla Lega della Società delle Croci Rosse, direttamente od a mezzo delle sue Missioni, sia dal Comitato internazionale di Ginevra, sia dall'Ufficio centrale di Vienna per la lotta contro le epidemie, risulta che esso, per quattro anni ininterrottamente, ha devastato i territori Russi ed Ucraini, e che, rotta ogni barriera, ha invaso la Polonia assumendovi sempre maggiore estensione. Un documento ufficiale inglese dice testualmente che le distruzioni causate dal dermotifo tra quelle disgraziate popolazioni, spossate dalla guerra, hanno raggiunto proporzioni spaventose. Il Governo inglese ha preso l'iniziativa di indire, or non è molto, a Londra una Conferenza internazionale, allo scopo di tentare un'azione concorde dei vari paesi, per combattere in Polonia e nelle regioni circostanti la gravissima epidemia. In tale Conferenza è stata rappresentata la nostra Direzione Generale di Sanità a mezzo del suo Direttore generale.

In Italia, che è stato un paese pressochè indenne di tifo petecchiale, vi fu importato durante la guerra, dapprima con casi sporadici, dopo il cominciamento delle operazioni militari, ed in seguito, coi resti dell'armata di Potiereck trasportati da Vallona all'Asinara. Un'ondata più considerevole sopravvenne dopo la vittoria di Vittorio Veneto a mezzo delle masse di prigionieri austriaci, e col rimpatrio dei prigionieri italiani dalle zone infette dell'Austria e Galizia.

Per quanto nella grande maggioranza i nostri medici si trovassero di fronte ad una nuova forma morbosa, la lotta fu intensa e senza tregua, e la vittoria non tardò a mostrarsi, e si rese possibile per la concorde e fattiva illuminata collaborazione delle Amministrazioni sanitarie civili e militari.

Sorsero all'uopo organi misti, agili, dotati di mezzi rapidi di locomozione, si impiantarono sollecitamente stazioni di risanamento, ospedali di isolamento, ed ogni altro presidio profilattico per la speciale malattia, in cui hanno tanto importanza i parassiti ematofagi.

Quanto alla *peste bubbonica,* essa ha dato numerose scintille, in gran parte rimaste localizzate a porti marittimi di grande traffico (Liverpool, Londra, Lisbona, Barcellona, Marsiglia e Malta). Degna d'attenzione è la ripresa di attività di focolai endemici dell'America meridionale, con tendenza a costituire nuovi focolai in regioni finora indenni (Brasile, Argentina, Uruguay).

Notevole pure fu la costituzione di nuovi focolai nell'Asia Minore e nei paesi del bacino mediterraneo (Salonicco, Canea, Pireo) ed in quelli del Mar Nero e Mar d'Azow. Sono state date disposizioni tassative per l'attivazione di una energica difesa presso le stazioni sanitarie del regno e città di traffico marittimo.

Di *colera* si ebbe al fronte una manifestazione gravissima nel 1915-1916; fu fronteggiata mercè una cordiale unione delle energie varie sanitarie militari e civili e della Croce Rossa, le quali, animate da fervore patriottico, hanno contribuito a raggiungere l'alta finalità comune in una gara feconda di abnegazione e di zelo.

Il Consiglio è stato in modo speciale intrattenuto infine sulla *malaria* e sulla *tubercolosi.*

Riguardo alla malaria il Direttore Generale ricorda come essa, per effetto delle provvide leggi, prima della guerra fosse già in notevole diminuzione. Col 1915 si iniziò una grave recrudescenza, con episodi di una gravità impressionante, come quella di Trinitapoli, di Latiano, del deposito stalloni di Grosseto, dove quasi la totalità della popolazione locale fu colpita.

Tuttavia anche il massimo indice di mortalità per malaria raggiunto nel 1917 è inferiore, e di molto, a quello del 1900, epoca anteriore all'applicazione delle disposizioni speciali di legge per tale malattia.

Ora pare siasi iniziata una rapida discesa.

Come cause di recrudescenza, tra le altre, devono mettersi la sospensione delle opere di bonifica durante la guerra, il richiamo sotto le armi degli uomini sani, la crisi del chinino, le folate di malarici provenienti d'oltre mare, la mobilitazione, che riversò nel paese migliaia di malarici nella fase attiva. La lotta fu perseguita con la maggiore intensità e mobilitando tutto il personale e tutti i mezzi.

In piena collaborazione con la Croce Rossa e con l'Assistenza militare, è stato predisposto, pel corrente anno, un piano largo di provvidenze profilattiche e curative, con adeguati mezzi finanziari, dell'applicazione del quale molto è a ripromettersi.

Larga parte vi avrà la piccola bonifica e lotta antianofelica, che rappresentano la integrazione della grande bonifica.

È in corso un disegno di legge per disciplinare tutte le ampie materie della piccola bonifica, disegno che presto sarà presentato in Parlamento. Per la bonifica umana funziona apposita Commis-

sione centrale, la quale, tra l'altro, ha messo in evidenza la efficacia degli alcaloidi secondari della china. Per assicurare in avvenire il fabbisogno del chinino sono in corso pratiche per attivare al più presto l'esperimento della coltivazione della china in Eritrea.

Quanto alla tubercolosi sono occorse nuove provvidenze legislative in questi ultimi mesi, e cioè:

Legge 21 luglio 1919, che ha messo a disposizione dell'Amministrazione mezzi per la creazione di appositi istituti, pel loro funzionamento e per la creazione di nuovi organi specializzati.

Il decreto-legge 4 settembre 1919 e quello 22 aprile 1920 riguardanti la misura del concorso dello Stato nel pagamento delle rette di spedalità pei tubercolosi di guerra dichiarati invalidi o che sono in attesa di detta dichiarazione.

Istituti sono sorti e molti sono in progetto nelle varie regioni d'Italia, ed è degno di compiacimento il risveglio che si nota nell'Italia meridionale, tanto nei riguardi del ricovero degli ammalati, quanto nei riguardi dei dispensari, colonie, ospizi per predisposti, ecc. È confortevole quanto si è ottenuto a Napoli e Palermo ed in parte anche a Catania, e quanto è in progetto di promettente attuazione in altre provincie del Mezzogiorno.

Il Direttore generale conviene che dalle non poche istituzioni già funzionanti, talune delle quali pregevolissime, per ubicazione e struttura di opere non si trae ancora il rendimento che la loro intrinseca bontà potrebbe dare: e ciò o per difetto di personale specializzato in questo servizio, o per azione non sempre armonica dei vari istituti per difetto di coordinamento o per attività talvolta scarsa da parte di taluni organi che dovrebbero essere centro propulsore del movimento.

A tali inconvenienti si va provvedendo con l'invio all'estero di giovani volenterosi per un corso di tirocinio presso sanatori, con studio già affidato ad apposita Commissione nominata dal Presidente del Consiglio e con il cercare di utilizzare i Comitati Provinciali, esigendo che essi siano convocati con la maggior frequenza possibile. Tali Comitati, che possono stabilire un proprio bilancio, devono essere sentiti anche per qualsiasi richiesta di sussidio da parte di enti.

Prima di chiudere la sua esposizione il Direttore Generale ha informato il Consiglio anche sulle provvidenze in corso, intese a rinvigorire gli organi della assistenza sanitaria e quelli della vigilanza igienica, promuovendo apposite disposizioni di legge.

Alla dettagliata ed esauriente relazione, accolta da unanime approvazione, seguì una larga discussione, cui presero parte il Presidente senatore Golgi, i professori Marchiafava, Foà, Manfredi, Di Vestea, Ascoli, Maggiora, il generale Bonomo, il generale Rho, gli onorevoli Maffi e Pietravalle, il dott. Martinelli, il dott. Assauto, il prof. Gualducci, l'ing. Giachi, dopo di che fu approvato all'unanimità il seguente ordine del giorno illustrato dai proponenti:

«Il Consiglio prende atto con piena soddisfazione dell'opera ardua e complessa, alacre e competente sempre, svolta dalla Direzione Generale della Sanità Pubblica nella difesa sanitaria del paese a traverso il periodo della guerra, e ritiene che i fatti accertati e le relative osservazioni sommarie della Direzione Generale additino nuovi, più gravi e più fecondi doveri ai poteri sanitari centrali, specialmente per la intensificazione della lotta contro la malaria e per la profilassi internazionale e pel completamento della organizzazione del personale e dei congegni tecnici della Amministrazione sanitaria centrale e periferica dello Stato».

* * *

Ripresa la parola, il Direttore Generale s'intrattenne sulle condizioni delle *malattie del bestiame* e particolarmente sulla invasione aftosa, che, apparsa in Lombardia con caratteri assai gravi, discese verso l'Italia meridionale perdendo di virulenza.

Le maggiori cure furono messe per preservare la ricchezza del bestiame. In Sardegna però, per le difficoltà in cui si svolse il traffico, si ebbe una vera pandemia in cui fu colpito circa il 90 % del bestiame, con una mortalità però solo dal due al tre per cento. Favorirono la diffusione del male la diminuita resistenza organica per diminuito foraggio, le esigenze militari con i parchi buoi, spesso assai distanti dai luoghi di acquisto e di consumo. La profilassi fu condotta con ogni sforzo, furono mobilitate tutte le energie. La lotta è stata dura, ma siamo nel declinare. Si fa ricordo degli studi sulla immunizzazione da parte di apposita Commissione tecnica che ha compiuto notevoli ricerche.

Altra malattia del bestiame che richiamò l'attenzione fu il morbo coitale maligno, importata nel deposito stalloni di Torino. Un'apposita Commissione, presieduta dal prof. Lanfranchi, ha largamente studiato tale forma morbosa, con importanti risultati. Sono stati attivati corsi pratici pei veterinari a ciò possa venire riconosciuta subito la malattia dove eventualmente accenni a manifestarsi.

In questi ultimi anni si è avuta qualche manifestazione di peste bovina nel Lombardo-Veneto, presto soffocata, e focolai di vaiuolo ovino nelle Puglie, importato dall'altra sponda.

Per la protezione del bestiame sono sorte delle stazioni sperimentali per lo studio delle malattie infettive da cui veniva colpito, e per la integrazione della profilassi e propaganda. Ne funzionano a Milano, Brescia, Torino, Roma, Napoli; altre sono in corso d'impianto: una in Basilicata, una in Sardegna ed una in Sicilia. È stata anche incoraggiata la istituzione della mutualità agraria, che provvede tanto alla propaganda quanto al soccorso veterinario ambulante.

Passando all'*industria del freddo*, che risale al 1915, accenna ad un importante rilevamento statistico fatto dalla Direzione Generale della Sanità, e che è in corso di pubblicazione. Da tale rilevamento risulta la esistenza di 1100 frigoriferi che impiegano 35,000 cavalli di forza. L'Italia è tra le prime nazioni. Il primo impianto risale al 1876; nel 1900 ve ne erano già 60.

Il prof. Lanfranchi ed il comm. Moreschi si intrattengono sulle comunicazioni fatte, e mettono in rilievo l'importanza degli studi compiuti e del-

l'azione svolta dalla Direzione Generale della Sanità, che elogiano incondizionatamente, dopo di che si passa alla trattazione dei singoli affari segnati nell'ordine del giorno.

2. Regolamento legislativo sulla profilassi delle malattie veneree e della sifilide.

Tale schema di regolamento legislativo mira ad una più efficace difesa della società contro le pericolose infezioni che gravemente minacciano la validità e la stessa integrità della attuale e delle future generazioni. Alla sua compilazione lavorarono competenti cultori di venereologia e valorosi funzionari della Sanità. Le provvidenze in esso contenute segnano un progresso su quelle del vigente regolamento 27 luglio 1903. Esse riguardano principalmente:

1° L'obbligo della denuncia di tutti i casi di sifilide con manifestazioni contagiose riscontrate nelle scuole, istituti di educazione, di cura, ecc.; in una parola, in qualsiasi collettività, sia civile che militare.

2° L'obbligo del dispensario celtico per tutti i capiluoghi di Provincia e pei Comuni con 30,000 abitanti, e si dà facoltà di istituirli anche negli stabilimenti industriali, o gruppi di tali stabilimenti, qualora sia richiesto dalla frequenza di malattie veneree e sifilitiche.

3° Si estende l'obbligo del concorso per esame e titoli alla nomina dei direttori di dispensari e sale celtiche.

4° Ai medici fiduciari per la visita alle donne nelle sale di meretricio si sostituiscono medici visitatori, nominati dai Prefetti, con maggiori garanzie di competenza tecnica.

A diminuire gli inconvenienti sanitari del meretricio clandestino sono accordati taluni vantaggi a quelle fra queste donne che volontariamente si sottopongono a visite periodiche da parte dei medici visitatori o dei medici addetti ai dispensari per la specialità. E ad assicurare una più regolare ed efficace funzione degli istituti per la profilassi e cura delle malattie veneree è contemplata la istituzione di medici ispettori dermosifilografici, da scegliersi fra specialisti di provata competenza, in rapporto con la particolare importanza della loro funzione.

Dopo ampia discussione venne approvato lo schema proposto, con lievi modificazioni.

3. Unificazione dei metodi di analisi delle sostanze alimentari.

Tale questione ha importanza notevole pel commercio internazionale, poichè mira a dare uniformità di metodo all'esame dei prodotti alimentari e conseguentemente uniformità di apprezzamenti dei risultati ottenuti.

Il Consiglio Superiore, presa conoscenza delle convenzioni internazionali di Parigi del 27 giugno 1910 e del 18 ottobre 1912, associandosi al voto unanime della Unione internazionale di chimica pura e applicata, riunitasi a Roma nel giugno 1920, ha fatto voti affinchè il Governo italiano aderisca alle convenzioni internazionali del giugno 1910 e ottobre 1912.

4. Applicazione delle vigenti disposizioni legislative riguardanti il controllo sulla fabbricazione e vendita di vaccini, virus e sieri ai prodotti arsenobenzolici.

La Società Nazionale Prodotti chimici e farmaceutici, con sede a Milano, provvede per la preparazione in Italia dei composti organici dell'arsenico — atoxil, arseno-benzolo o salvarsan, novarseno-benzolo o neo-salvarsan — i quali fino ad ora venivano importati dall'estero.

È stata richiamata l'attenzione della Direzione Generale della Sanità Pubblica sulla opportunità che ai composti arseno-benzolici suindicati vengano applicate le disposizioni della legge 8 luglio 1904, per il controllo sulla fabbricazione e vendita dei sieri, vaccini, virus, tossine e prodotti affini, e furono interpellati i laboratori chimico e batteriologico dipendenti dalla Direzione Generale di Sanità.

Il Consiglio Superiore, considerato che trattasi di prodotti affini con quelli contemplati dalla legge su ricordata, che sono di difficile preparazione, facilmente alterabili, che possono con facilità rimanere inquinati da sostanze assai venefiche, e che si adoperano di preferenza per iniezione endovenosa, ha espresso avviso doversi ad essi applicare la disposizione citata.

5. Regolamento di polizia mortuaria. Modificazione dell' art. 41.

La modifica di tale articolo è stata riconosciuta necessaria nell'interesse dell'insegnamento.

Il Consiglio Superiore ha approvato uno schema di decreto che dà facoltà ai Direttori di Cliniche universitarie e di pubblici ospedali di poter disporre, a vantaggio della scienza, ogniqualvolta lo ritengano opportuno, gli accertamenti anatomici necessari a scopo di epicrisi sulle salme dei ricoverati nei rispettivi istituti.

6. Schema di regolamento per i miglioramenti igienici e sanitari sugli alberghi.

È stato approvato uno schema di decreto reale contenente le norme ritenute idonee a far conseguire, per quanto possibile, i voluti miglioramenti negli alberghi e negli altri esercizii.

Talune delle prescrizioni sono limitate ai grandi alberghi, ma la maggior parte di esse riguardano tutti gli esercizi del genere.

7. Schema di regolamento sulla vigilanza delle carni da macello.

Le disposizioni del regolamento generale sanitario 3 febbraio 1901 vigente, che, oltre quelle di carattere indicativo e di guida del regolamento 3 agosto 1890, disciplinano il servizio di vigilanza sulle carni da macello, sono state in pratica riconosciute non sempre atte ad assicurare unità di indirizzo ed una razionale coordinazione di azione, allo scopo di conseguire la duplice finalità della più ampia tutela sanitaria e della più completa utilizzazione delle carni destinate ad uso alimentare.

Da ciò la necessità di una radicale riforma della materia. Apposita Commissione ministeriale preparò un nuovo schema di regolamento, ispirato al principio fondamentale informativo di non sottrarre nulla al consumo di quanto impunemente può essere adibito. Da ciò la grande importanza che viene ad assumere l'Istituto della bassa macelleria, il cui funzionamento viene reso obbligatorio nei Comuni aventi macello pubblico. Maggiore impulso dà il regolamento proposto alla costruzione di macelli pubblici nei Comuni aventi la popolazione di 6000 abitanti od anche minore, se ne viene riconosciuta la necessità.

8. Morfina e cocaina ed altri veleni stupefacenti. Nuove provvidenze relative alla vendita abusiva.

La diffusione dell'abuso, a scopo di vizio, di sostanze velenose stupefacenti, specialmente la morfina e la cocaina, hanno richiamato da tempo l'attenzione anche del Ministero e sono stati denunciati all'autorità competente alcuni esercenti per vendita di forti dosi di cocaina.

L'autorità giudiziaria ha invocato disposizioni legislative speciali. Il disegno, su cui il Consiglio Superiore ha espresso parere di approvazione e che si compone di soli 6 articoli, vale a colmare la lacuna esistente nella legislazione attuale e commina gravi pene ai trasgressori di essa, siano essi professionisti o meno, essendo la colpa considerata non come una semplice contravvenzione, ma come delitto.

9. Applicazione delle disposizioni di legge sull'alcoolismo alla vendita del sidro.

Da qualche tempo è oggetto di discussione se il sidro si può vendere negli stessi spacci in cui si vende il vino — se cioè alla vendita del sidro siano applicabili le disposizioni di legge sull'alcoolismo, e se sia applicabile ad esso il disposto del l'art. 13 del D. L. 13 aprile 1917, n. 729.

Dopo aver sentito il Capo del Laboratorio Chimico dipendente dal Ministero dell'Interno, il Consiglio Superiore di Sanità ha emesso avviso che nei riguardi del sidro ed altri prodotti di fermentazione dei succhi di frutta venga applicato rigorosamente l'art. 13 citato, non permettendo che siano venduti negli spacci dove si vendono i vini.

10. Ostricoltura, mitilicoltura nel Mar Piccolo di Taranto.

In vista della grande importanza igienica, oltrechè economica, della ostricultura e della mitilicultura esercitata nel Mar Piccolo di Taranto, il Ministero non ha mancato di adottare provvedimenti adeguati alla estensione di tale industria, ma non sempre i provvedimenti ministeriali ebbero rigorosa e costante applicazione, come non l'ebbero alcune norme igieniche imposte tra i patti dello affitto stabilito dal Municipio di Taranto per le zone demaniali del Mar Piccolo. E poichè nel lungo periodo di guerra le cose peggiorarono, fu incaricato l'Ispettore superiore medico, comm. Pavone, di studiare tali condizioni, avvisando alle provvidenze del caso.

Tale relazione è stata presa in attento esame dal Consiglio, il quale, dopo larga ed esauriente discussione, considerato che l'industria tarantina in esame, di antichissima origine, che è servita di esempio alle industrie simili di Messina, Spezia, Venezia, che è capace ancora di rendere da 6 a 7 milioni annui, e che fornisce all'alimentazione popolare della stessa Taranto, e Comuni vicini, da 12 a 15 quintali netti di cibo azotato al giorno, di alto valore nutritivo, e quindi merita protezione nel senso industriale ed igienico, accoglie le proposte contenute nella importante relazione Pavone, con lievi aggiunte del prof. Di Vestea, relatore.

Nella occasione, ed a completamento del deliberato, ha approvato il seguente ordine del giorno:

«Il Consiglio, rilevando, a proposito della sua discussione sulle condizioni della ostricoltura e della mitilicoltura, la grande importanza che ha la ittiofagia con la tutela della pubblica salute, fa voto che nella Commissione Reale della industria della pesca in Italia sia rappresentata l'Amministrazione centrale della Sanità Pubblica del Regno».

11. Modifica dell'art. 27, lettera *d*. del regolamento 19 luglio 1906, n. 468.

Si approva la modificazione dell'art. 27 con la soppressione nel comma *d* delle parole: «nonchè le ripartizioni di esso in due quote che costituiscano rispettivamente il compenso per la cura dei poveri e quello per la cura degli abbienti, se la condotta è estesa alla assistenza sanitaria gratuita di tutta la popolazione».

Tale modificazione dovrà farsi per Decreto Reale.

12. Schema di regolamento per la profilassi delle malattie nelle scuole.

La Regia Commissione d'Igiene scolastica e pedagogica, fino dalla sua costituzione, ravvisò la necessità di portare la sua attenzione sulle norme da applicare per la profilassi delle malattie infettive e diffusive nelle scuole e fece voti perchè si procedesse alla revisione ed alla unificazione delle norme da applicare in tema di profilassi scolastica.

Fu così elaborato ed approvato dalla stessa Regia Commissione uno schema, accompagnato da istruzioni generali e da tabelle schematiche destinate a guidare le autorità sanitarie e scolastiche nell'applicazione pratica delle norme regolamentari sancite.

Il Consiglio Superiore di Sanità ha largamente discusso tale schema di regolamento e vi ha apportato varie modificazioni.

Però dal complesso della discussione, essendo stata messa in evidenza la opportunità che venissero disciplinate meglio le istituzioni ausiliarie della scuola e della vigilanza, da affidare a medici scolastici, nonchè la opportunità che dal Ministero dell'Interno venga presa in esame la complessa materia dell'igiene scolastica e provveduto con opportune disposizioni di legge, lo stesso Consiglio Superiore ha approvato il seguente ordine del giorno:

« Il Consiglio Superiore di Sanità, mentre in linea di massima approva il regolamento preparato, giudicando degne della massima considerazione le osservazioni emerse dalla discussione, nei riguardi sopratutto della profilassi della tubercolosi nelle scuole, delle istituzioni ausiliarie delle scuole e della vigilanza da affidare a medici scolastici, dà mandato alla Commissione di introdurre nel regolamento, per quanto sia possibile, disposizioni rispondenti alle osservazioni medesime, ed esprime il voto che venga dal Ministero dell'Interno presa in esame la complessa materia dell'igiene scolastica e provveduto con opportune e sollecite disposizioni di legge in armonia coi progressi verificatisi nella dottrina e nella pratica ».

Tale voto fu completato da altro così concepito:

« Considerando che gli aiuti finanziari dello Stato, circa gli edifici scolastici, per gli effetti della legge 15 luglio 1906, n. 383. e 4 gennaio 1911, numero 487, sono essenzialmente coordinati allo impianto ed esercizio igienico, il C. S. di S. fa voti:

1° che i disegni d'arte, tanto per le costruzioni nuove, quanto pel riordinamento di vecchi edifici, siano studiati nella maggiore possibile completezza, da comprendere, oltre alla palestra ginnastica, i locali per bagni e per la refezione scolastica;

2° che si provveda a dotare l'edificio scolastico di area libera alberata da rendere attuabile il principio dell'educazione all'aperto; ciò indipendentemente dallo impianto di scuole all'aperto per sè, a vantaggio di singoli gruppi di alunni gracili ».

13. I vapori dell'acido cianidrico nelle disinfezioni.

Da tempo erano stati iniziati studi per facilitare la deratizzazione, operazione tanto importante nella profilassi della peste bubbonica e di altre malattie, come l'ittero emorragico.

Le solforazioni in uso, ed assai utili, abbisognano di un tempo lungo, ma talvolta è necessario, specie se trattasi di navi, cercare di adottare metodi brevi. È stata studiata l'azione di vari gas tossici, tra cui il trinitrocloroformio (cloropicrina) pure buono per la distruzione dei topi, ma che però altera il the ed il caffè; il fosgene, che è un ossicloruro di carbonio, l'ossido di carbonio. Ma i migliori risultati si sono avuti coi vapori di acido cianidrico, che si sviluppano per l'azione dell'acido solforico diluito sul cianuro di sodio. È un gas tossico per i ratti e per gli ectoparassiti o insetti sudici. La disinfezione di una stiva di nave si raggiunge in meno di un'ora. La presenza del gas tossico anche in quantità minima è rilevata da una cartina reattiva di resina di guaiaco, sensibilizzata col solfato di rame. Larghi esperimenti fatti hanno dato ottimi risultati, tanto se praticati per disinfestare piroscafi che *sitos*, magazzini, vagoni ferroviari. Sono stati eseguiti esperimenti in partite di tabacco provenienti da mercati colpiti da peste, tanto più che i topi scavano delle vere gallerie nelle balle di tabacco. Questo non si è alterato. Dalla sua combustione non si svolgono che quantità infinitamente piccole di acido cianidrico.

Buoni risultati si sono avuti nelle disinfestazioni di vagoni ferroviari invasi da cimici e da pidocchi.

Gli studi sono ancora in corso.

Gli inglesi in India le hanno adoperate servendosi di apparecchi che ricordano il Clayton, con tubi per la immissione ed estrazione del gas. In Germania sono stati adoperati apparecchi simili. In Italia la Ditta Violi adopera un congegno più semplice, che provoca la caduta del cianuro di sodio in una soluzione di acido solforico, mediante una cordicella che determina il rovesciamento di una vaschetta che contiene il primo.

Questo gas, che ha potere tossico in altissimo grado per i roditori e per gli ectoparassiti, ha scarsissimo potere battericida.

Il Consiglio prende atto con compiacimento delle comunicazioni.

14. Sedi delle farmacie.

Il Consiglio ha ritenuto che la sede costituisce elemento essenziale della individualità giuridica della farmacia e che ogni farmacia debba quindi avere una propria sede, distinta, nel cui ambito delimitato possano effettuarsi gli eventuali trasferimenti, tenuto conto, per quanto possibile, delle preesistenti distanze.

15. Il Consiglio ha espresso il suo parere:

Sulle modificazioni apportate dal Comune di Milano all'art. 265 del locale regolamento d'igiene e sul ricorso del Presidente della Federazione esercenti e commercianti.

Sul ricorso contro la costruzione di un nuovo cimitero a Pandino (Cremona).

Su diverse privative industriali.

Sulla concessione di una nuova sessione per quegli assistenti farmacisti, i quali, per giustificato motivo, non poterono presentarsi nelle sessioni precedenti degli anni 1914-1915, accogliendo la proposta.

Ha infine designato un proprio membro, quale rappresentante nel Consiglio Superiore del traffico.

Per la lotta antimalarica.

Il Ministero dell'Interno (Direzione Generale della Sanità Pubblica) ha diramato ai Prefetti del Regno una circolare in data 2 giugno, in cui richiama le direttive emanate con la circolare 28 gennaio 1918 e con le altre successive riguardanti anche l'assistenza ai congedati malarici.

La circolare rileva che le presenti contingenze impongono di concentrare i maggiori sforzi per la difesa antimalarica della popolazione.

La Commissione tecnica, nominata per lo studio dei mezzi più pratici ed efficaci di lotta antimalarica e delle opere di piccola bonifica, ha fissato alcuni capisaldi accolti dal Ministero e che la circolare riporta, perchè valgano di norma nella esplicazione della lotta:

1° Il risanamento dalla malaria si ottiene con maggiore celerità e sicurezza, e spesso unicamente, ricorrendo a tutti quanti i mezzi di profilassi. Ma la cura razionale e radicale del malato costituisce in genere il provvedimento d'importanza fondamentale;

2° La lotta contro l'anofelismo deve farsi sopratutto entro e intorno gli abitati, ricordando che particolari condizioni dei luoghi possono rendere necessario di estendere l'area di disanofelizzazione per qualche chilometro attorno all'abitato stesso;

3° Nella lotta contro l'anofelismo si deve dare la preferenza a tutte le opere di grande e di piccola bonifica insieme, che permettano di conseguire un risanamento stabile; mentre i provvedimenti di piccola bonifica, che hanno efficacia temporanea e richiedono l'attiva partecipazione dell'uomo, sono da usarsi solamente in via transitoria e in caso di necessità;

4° È indispensabile vigilare affinchè le grandi bonificazioni, abbiano esse scopo antimalarico oppure scopo agricolo, una volta iniziate, sieno condotte al termine con la maggiore sollecitudine, integrandole, ove occorra, fin da principio, e dopo compiute, con le opere di piccola bonifica e di profilassi antimalarica in generale;

5° È necessario che in tutti i territori malarici venga intensificata la propaganda orale e dimostrativa, almeno dei mezzi elementari di difesa antimalarica, e che la cura dei malarici negli ambulatori e altrove venga estesa a tutti i colpiti dall'infezione e condotta in modo veramente razionale;

6° La profilassi chininica della malaria sarà maggiormente efficace se accoppiata alle pratiche di difesa personale e ai provvedimenti che valgano almeno a tenere basso il numero degli anofeli pungitori infetti.

Nei riguardi poi dei congedati malarici sono state concretate tra il Ministero dell'Interno, il Servizio per l'assistenza militare e la Croce Rossa larghe provvidenze riassunte in un opuscolo, di cui si distribuiscono largamente le copie.

Il Ministero si rende conto delle difficoltà che possono ostacolare il regolare funzionamento dei servizi antimalarici, ma confida che l'intensa coordinazione dei servizi civili con quelli istituiti per i congedati malarici, la solerte vigilanza ed opera di persuasione da parte dei medici provinciali, la cooperazione degli ispettori medici e del personale della Croce Rossa, nonchè un'attiva propaganda, integrata da quella che verrà esplicata a mezzo della Associazione Nazionale dei Combattenti, varranno ad attenuare le imperfezioni ed a colmare le lacune e le deficienze.

Per i mezzi indispensabili ad integrare l'azione delle autorità locali ed a promuovere opere di risanamento antimalarico, verranno messi a disposizione appositi fondi sugli utili della vendita del chinino di Stato, per la cui erogazione si confermano le disposizioni già date nei precedenti anni.

Le somme occorrenti per l'esplicazione dei servizi di assistenza e cura dei congedati malarici saranno tratte dal fondo apposito che viene erogato dal Ministero del Tesoro (Servizi per l'Assistenza militare) a mezzo del Comitato Centrale di cui è cenno nelle Istruzioni suaccennate.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8358) *Soppressione della condotta piena.* — Dott. G. B. da C. della P. — Le lire 200 mensili furono concesse ai medici condotti di codesto Comune per ricompensarli del danno che subivano pel ritardo nell'attuazione della condotta residenziale, pur nel frattempo conseguendo lo stipendio normale. Ora, siccome Lei, stando sotto le armi, era nella impossibilità di esercitare la professione per proprio conto, non ha potuto risentire alcun danno dal ritardo della suddetta soppressione e, quindi, non ha il diritto di chiedere le lire 200 per i mesi di maggio, giugno, luglio ed agosto 1919.

(8359) *Indennità caro-viveri.* — Dott. A. A. da P — Nel secondo Comune da Lei indicato non compete indennità caro-viveri, perchè in esso non manca il titolare, ma è infermo.

(8360) *Esercizio professionale negli Stati Uniti.* — Dott. G. C. da Nap. — Per esercitare la professione negli Stati Uniti basta presentarsi agli esami in qualsiasi Università della regione.

(8361) *Soppressioni di condotte.* — Dott. abbonato n. 808. — La soppressione di qualche condotta per riduzione di organico, approvata dalla G. P. A., è considerata come caso di forza maggiore bastevole a sciogliere ogni rapporto di impiego fra sanitario, ancorchè stabile, e Comune, senza dar luogo ad azione per refusione di danni.

(8363) *Infortunio - Responsabilità.* — Dott. S. R. da C. di F. S. — Nessun indennizzo Le compete per l'infortunio occorsole durante il viaggio in carrozza effettuato per recarsi a visitare due infermi, perchè, fra l'altro, come Ella pure ammette, il vetturino da Lei prescelto non era completamente idoneo.

(8364) *Anni di servizio utili per la pensione.* — Dott. A. S. da P. — I tre anni durante i quali ha esercitata liberamente la professione non si possono riscattare agli effetti della pensione. Se è inscritto alla cassa dal 1903, può ora contare su tredici anni di servizio utile.

(8365) *Vaccinazioni extra-urbane.* — Dott. E. C. da V. L. — Noi riteniamo che al medico condotto che si reca in campagna per eseguire le vaccinazioni ordinarie competa, per ragione di equità, la trasferta di cui all'articolo 86 del vigente regolamento sanitario. Per quanto riguarda le vaccinazioni urbane, il Comune è tenuto ad approntare un locale centrale ove possano darsi convegno il sanitario e coloro che si debbono vaccinare. Durante la mancanza di uno dei due medici condotti il Comune deve pagare tre contributi, e cioè: due per i due posti, come di regola, ed uno per il sanitario mancante. Il medico che esercita la doppia condotta è obbligato a pagare un solo contributo, cioè quello che prima pagava per proprio conto.

(8366) *Valutazione degli anni di servizio militare.* — Dott. P. P. da M. — Gli anni di servizio passati da un medico condotto sotto le armi non sono valutati al doppio agli effetti di eventuale aumento di stipendio.

(8368) *Promozioni di medici condotti.* — Dott. abbonato 4672. — La modifica apportata dal nuovo regolamento sanitario al sistema prima adottato per il passaggio dei medici condotti dalla borgata alla città si applica a tutti, anche, cioè, a coloro che risultano nominati prima del 1917, e ciò perchè non vi era per costoro un vero diritto acquisito, ma una semplice aspettativa, che poteva essere sempre ed in ogni caso modificata, o distrutta dal Comune.

(8369) *Indennità cavalcatura.* — Dott. D. R. da G. F. — Il Comune non poteva di punto in bianco sopprimere la corrisponsione della indennità di cavalcatura, che è imposta dal capitolato, e sostituirla con la indennità bicicletta, che non è prescritta. Dal momento che Ella avea provveduto in modo da aver sempre la cavalcatura a sua disposizione, non Le si poteva negare la indennità relativa. Faccia pratiche bonarie col Comune per ottenere il ripristino della indennità, ed in ogni caso fino al 24 giugno. Qualora il risultato sia negativo, può ben citarlo innanzi la competente autorità giudiziaria, anche perchè il provvedimento avrebbe dovuto essere deliberato dal Consiglio Comunale e non solamente dal Sindaco.

Doctor JUSTITIA.

Servizio medico-militare. — All'abb. n. 6594: Per la motocicletta può rivolgere domanda alla Commissione centrale per l'alienazione del materiale residuato dalla guerra — con sede in Roma, Via Nazionale 75 —; per l'armamentario odontoiatrico, al Consorzio nazionale per la realizzazione M. S. R. G. — Via Depretis 49, Roma.

All'abb. n. 3477:

Ella può rivolgere la domanda di cessione alla Commissione centrale per l'alienazione del materiale residuato dalla guerra, con sede in Roma, Via Nazionale 75.

All'abb. n. 12611:

Ella ha diritto all'indennità di congedamento e vestiario per il servizio militare prestato sino al 31 maggio 1920, da commisurarsi in rapporto all'ultimo stipendio percepito.

Dette indennità le devono essere corrisposte in base alla Circ. 339, G. M. 1920 dall Ente che le ha pagato l'ultimo stipendio e all'atto del suo rinvio in congedo.

All'abb. n. 11066:

Se Ella all'atto del rinvio in congedo ha eletto come residenza Roma, occorre provveda a sue spese per il ritorno in colonia.

Al dott. C. M. da M.:

No: agli ufficiali che durante la guerra hanno prestato servizio quali ufficiali in S. A. P. spetta la speciale indennità stabilita per gli ufficiali di quest'ultima categoria.

All'abb. n. 11469:

Per rispondere occorre sapere se Ella fu chiamato in servizio in seguito a nuova visita che abbia annullato il precedente provvedimento di riforma. M. G.

CONDOTTE E CONCORSI.

CASNIGO (*Bergamo*). — Condotta con Cazzano S. Andrea; a tutto 20 agosto; L. 9500 complessive, oltre L. 500 quale uff. san. Dallo stipendio si dedurranno L. 2 per abbiente e un decimo se il medico non ha tre anni di laurea. Condotta molto comoda, acqua potabile.

CASTELSPINA (*Alessandria*). — Condotta; L. 4000 e L. 500 quale uff. san. Scad. 12 agosto.

CASTIGLIONE D'ORCIA (*Siena*). — Condotta Casenuove; L. 5000; assegno L. 2000. Scad. 10 agosto.

COLLESALVETTI (*Pisa*). — Condotta Collesalvetti; L. 6000; caro-viv.; quadrienni di 1/10 fino a metà dello stipendio. Scad. 10 agosto.

GAVORRANO (*Grosseto*). — Due condotte; L. 7000, caro-viv.; non obbligo cav. Scad. 30 agosto.

PIAVON (*Treviso*). — Condotta; fino a 1000 poveri L. 6000; ogni povero in più L. 2; mezzo trasporto L. 1800; uff. san. L. 400; caro-viv. Scadenza 15 agosto.

POTENZA PICENA (*Macerata*). — 3ª condotta, piena; L. 8000 lorde, caro-viveri, alloggio, cinque quadrienni del decimo, L. 1500 per cavalcatura, lire 750 per supplenza, assicuraz. Scad. ore 17 del 20 ag. Se la condotta verrà trasformata in residenziale, lo stipendio verrà ridotto a L. 6000.

S. SILVESTRO (*Mantova*). — Condotta; L. 6750 e 4 quadrienni del decimo; L. 1200 mezzi trasp.; caro viv. Nell'elenco dei poveri circa 160 fam. su 500. Scad. 10 agosto.

SPEZIA. — A 30 giorni dal 15 luglio, condotte per 3 reparti; L. 4000 con sei quinquenni; lorde; assicur. Età limite 40 anni. Rivolgersi alla Segreteria comunale.

VIGGIANELLO (*Potenza*). — Al 20 agosto 2ª condotta per le frazioni; L. 3000 iniziali pei poveri, caro-viveri. Limite età 45.

Medico ventisettenne, celibe, certa interinato condotta o assistente ospedale civile, preferibilmente Veneto. Inviare offerte: dott. Calarese, Pietra Montecorvino (Foggia).

Nuove diffide: Suna e Pallanza (Novara).

Istituto Ortopedico Rizzoli in Bologna. — È aperto il concorso al premio *Umberto I.*

Questo premio, di L. 3500, verrà assegnato, secondo il deliberato del Consiglio Provinciale di Bologna, «alla migliore opera od invenzione ortopedica». A tale concorso possono prendere parte medici italiani e stranieri.

Le modalità del concorso e dell'assegnazione del premio sono fissate da apposito regolamento, che sarà inviato a chi ne faccia richiesta. La domanda di concorso dovrà essere rivolta al Presidente dell'Istituto Rizzoli in Bologna. Il concorso si chiude il 31 dicembre 1920.

Un *Concorso psicoterapico a premio* è stato aperto da una Commissione Milanese nominata dall'Associazione per la Scuola. Esso verte sulla *Educazione*

della Volontà, e il premio è di L. 3000 esibite dal proponente del concorso stesso, comm. Luigi Brioschi. Il lavoro deve essere brevissimo, non eccedente le paginette 60, in formato in-32, ma contenere anche un'introduzione ed un cenno storico-bibliografico sull'argomento. Termine, il 15 ottobre prossimo; inviare i manoscritti al «Pro Schola», Milano, Piazza Giovine Italia, 5.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. sen. Ettore Marchiafava è stato nominato membro onorario dell'Associazione Medica Americana.

Rallegramenti cordiali all'insigne anatomo-patologo, che onora la scienza medica italiana.

Il dott. Oreste Jacobelli, medico del Comune di Roma, è stato nominato cavaliere della Corona d'Italia per l'opera prestata durante il terremoto marsicano e durante la guerra, e per essere uno dei più anziani e stimati medici del Comune.

Il dott. Mario Canali, medico condotto a Fornovo Taro, è nominato cavaliere della Corona d'Italia, per le sue benemerenze sanitarie e civili.

MEDICINA SOCIALE.

Per l'assistenza ai malarici di guerra.

Fra i più gravi problemi in materia sanitaria che la guerra ci ha lasciato, uno dei più imponenti per numero di colpiti è quello dei malarici, dei quali solo i più gravi avevano fin ora una relativa assistenza perchè considerati invalidi di guerra. I più, e non certo i meno infelici, perchè minati egualmente dalla malattia e tormentati dai ritorni offensivi della febbre, erano finora scarsamente assistiti. Questa grave lacuna è ora colmata dallo Stato con i nuovi *Provvedimenti di assistenza ai congedati malarici*, chiamando a collaborare, oltre i naturali organi ministeriali di assistenza e di difesa della pubblica salute, la Croce Rossa Italiana, che ha acquistato particolari benemerenze nel campo della lotta antimalarica, e gl'interessati, che riuniti nella loro grande famiglia, l'Associazione Nazionale dei Combattenti, hanno maggiore e diretto interesse alla restaurazione della salute fisica dei più infelici tra loro.

Ma come è naturale, l'assistenza diretta, cioè la cura dei malarici, è affidata agli ufficiali sanitari e ai medici condotti.

È una grande opera di riparazione questa, a cui sono chiamati i medici italiani, poichè senza la cordiale, generosa, fraterna opera loro, diretta a curare e a persuadere insieme della necessità della cura, il provvedimento che si sta per realizzare, e che, pur con mezzi modesti, si presenta grandioso nella sua linea, e che è suscettibile di un grande sviluppo nel campo della medicina sociale, non potrebbe raggiungere l'effetto desiderato.

Infatti molti malarici, per deficienza di cultura o per altri meno nobili fini, preferiscono non curarsi, nella speranza di potere in seguito raggiungere gli estremi per il conseguimento di una pensione, sia pure modesta. E chi, meglio che il medico il quale avvicina tutti, è a contatto di tutte le miserie e gode la fiducia del povero, di cui spesso è l'unico amico, può prospettare a questi illusi il danno certo cui vanno incontro non curandosi?

Opera di persuasione quindi e di amore noi chiediamo ai medici italiani; e i combattenti sanno di poter contare sulla solidarietà fraterna di essi, che certamente vorranno proseguire in pace l'opera nobilmente spesa in guerra; opera di solidarietà e di abnegazione che è caratteristica in chi professa l'arte sanitaria.

Ho avuto in questi ultimi mesi l'onore di portare ai medici italiani nei loro Congressi il saluto dei combattenti d'Italia, saluto che era materiato di riconoscenza, perchè i combattenti sanno e ricordano quanto debbono alla classe medica — e specialmente agli umili medici condotti — che furono loro compagni di trincea, e con loro divisero dolori e pericoli. Ma oltre che riconoscenza, la mia voce modesta, ma fervida, aveva il significato di appello alla vostra simpatia e al vostro aiuto, cari colleghi, poichè centinaia di migliaia di nostri compagni sono ancora piagati, mutilati, invalidi, insidiati dalla malaria e dalla tubercolosi, e questi infelici si affidano a voi, sicuri di trovare non solamente i sanitari valenti e affettuosi, ma i tutori energici dei loro diritti spesso misconosciuti.

Ed io ho fede che all'appello dei combattenti me ne fa fede il concetto altissimo che io ho della nostra missione umana e professionale, me ne è garanzia la parola dell'illustre senatore prof. Maragliano, che a Trieste nell'ultimo Congresso medico, alle mie parole di saluto, replicava con queste così vibranti di simpatia per noi. «La severità della scienza non è sorda «ai richiami del sentimento, e assicuro che «tutto il corpo sanitario italiano avrà sempre «cura di cooperare col suo amore e colle sue «provvidenze all'opera di assistenza ai com«battenti, che come hanno fatto l'Italia sa«pranno completarla, poichè in essi solo si «riassumono tutte le aspirazioni, tutte le ener«gie, tutti gli interessi e tutte le idealità della «nazione».

Roma, 15 giugno 1920.

Dott. RICCARDO VELLA.

X Conferenza Internazionale della Croce Rossa.

Per il 1° settembre è convocata a Ginevra la X Conferenza Internazionale della Croce Rossa.

Il programma, testè emanato dal Comitato esecutivo, comprende:

1. Relazioni del Comitato Internazionale della Croce Rossa.
2. Questioni risultanti dalle esperienze fatte durante la guerra.
3. Rapporti delle Croci Rosse tra loro e coi Governi.
4. Attività della Croce Rossa in tempo di pace.
5. Personale sanitario in tempo di guerra e in tempo di pace.

Presidente della Commissione esecutiva è Paul de Gouttes; segretario Et. Clouzot.

XIII Congresso Nazionale d'Idrologia, Climatologia e Terapia fisica.

Dal giorno 4 all'8 ottobre prossimo si terrà in Perugia il *Congresso d'Idrologia, Climatologia e Terapia fisica*, come fu stabilito nell'ultimo Congresso, tenuto a Napoli nell'anno 1912.

Verranno trattati interessanti argomenti. Si organizzeranno gite alle principali Stazioni climatiche della Regione.

La quota d'iscrizione è di L. 20 per i Congressisti e di L. 10 per le Signore e familiari.

Le quote vanno inviate al Cassiere-Economo del Comitato organizzatore, sig. dott. Vittorio Teixeira, Perugia, all'atto dell'iscrizione.

Congresso di oculisti infortunisti.

Questo Congresso, indetto dalla Cassa Nazionale Infortuni e che doveva aver luogo nel mese di luglio, è rinviato alla prima quindicina di ottobre. Dalla Direzione Generale saranno tempestivamente diramati gl'inviti ai singoli Sanitari, con lettera-circolare, in cui sarà fissata la data precisa e indicati i temi e le modalità del convegno.

Assistenza antitubercolare a Milano.

Una Commissione finanziaria, costituitasi a Milano per questa opera di assistenza curativa e profilattica, ha pubblicato il rendiconto della sottoscrizione cittadina, che ha fruttato oltre L. 240,000 per l'acquisto di un nuovo stabile, in Via Laghetto 15, per la sede dell'Associazione milanese contro la tubercolosi.

Ciò rappresenta un notevole ed encomiabile contributo; è da notare però che, per gli oneri cresciuti della gestione, l'Istituto dovrà garentirsi di una somma annua non inferiore alle 50,000 lire.

Corsi di perfezionamento.

Nella Clinica delle malattie cutanee e sifilitiche, diretta dal prof. Jeanselme (Ospedale Saint-Louis in rue Richat 40, Parigi-10), saranno tenuti i seguenti corsi di perfezionamento:

Corso trimestrale completo in dermatologia, nei mesi di ottobre-dicembre; tassa Fr. 150;

Corso trimestrale completo in venereologia, nei mesi maggio-luglio; tassa Fr. 150;

Corso bimestrale di dermatologia e sifilografia, nei mesi di febbraio e marzo; gratuito.

I corsi cominceranno il primo lunedì di ogni ciclo. Saranno tenuti dai proff. Jeanselme, Sabouraud, Darier, Thibierge, Milian, Levaditi, Sézary, Gougerot, ecc.

Per le cliniche universitarie in Germania.

Per l'ampliamento della Clinica Medica di Heidelberg il Governo tedesco ha stanziato 200 mila marchi, che al cambio attuale equivalgono ad 80,000 delle nostre lire.

Per la protezione delle idee e invenzioni mediche.

La Sezione di Storia di Medicina dell'Accademia medica di New York terrà un'adunanza all'Accademia e vi sarà discusso un soggetto interessante per tutti i medici.

Un Comitato composto dal dott. Morris e dal dott. Soresi presenterà suggerimenti pratici riguardanti la creazione di uno speciale Ufficio medico per stabilire e proteggere la priorità delle idee relative a soggetti di medicina. Questo Ufficio dovrebbe essere in relazione con quello dei brevetti.

Un altro punto importante presentato per la discussione sarà che l'Ufficio rilasci un brevetto ad ogni nuovo istrumento chirurgico e paghi un premio all'inventore, come si farebbe anche per gli autori, ai quali verrebbe corrisposto un premio per ogni pubblicazione.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1920 - Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, *ed. resp.*

Anno XXVII Roma, 2 Agosto 1920 Fasc. 31.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

AUMENTO DEI PREZZI D'ABBONAMENTO

In conformità delle disposizioni imposte dal recente Decreto Ministeriale riportato nel precedente Fascicolo 27 e della deliberazione dell'assemblea dell'Associazione della Stampa Scientifica Italiana (Sezione Medica), pubblicata nel numero 26, i prezzi d'abbonamento al nostro periodico vengono aumentati, dal 1° luglio al 31 dicembre 1920, nella seguente misura, *per tutti gli abbonamenti in corso:*

Per l'Italia	Per l'Estero			
L. 8 —	FR. 10 —	*per chi è associato*		*alla sola Sezione Pratica;*
„ 12 —	„ 15 —	*id.*	*id.*	*alle Sezioni Pratica e Medica;*
„ 12 —	„ 15 —	*id.*	*id.*	*alle Sezioni Pratica e Chirurgica;*
„ 15 —	„ 20 —	*id.*	*id.*	*a tutte e tre le Sezioni.*

Il Decreto Ministeriale ci consentirebbe di raggiungere la misura del 100 %, ma noi ci limitiamo a chiedere ai nostri abbonati quanto è assolutamente indispensabile per fronteggiare le attuali difficoltà.

Così il « POLICLINICO » manterrà ancora il vanto di essere il periodico di medicina generale più a buon mercato fra tutti quelli che vedono la luce in Italia.

I nostri abbonati sono pertanto pregati di voler rimettere con cortese sollecitudine, mediante vaglia o cartolina-vaglia, la suddetta quota d'integrazione, direttamente all'Editore del " POLICLINICO " Cav. LUIGI POZZI - Via Sistina, 14 - ROMA.

RIVISTE SINTETICHE.

Le avitaminosi

per il dott. PAOLO RAMOINO.

Nell'enunciare l'argomento che forma l'oggetto della presente trattazione, non ho voluto significare che il problema posto dal recente tentativo di sintesi tendente a far rientrare in una categoria unica manifestazioni morbose diverse e finora di origine incerta, debba senz'altro ritenersi favorevolmente risolto, ma semplicemente porre innanzi l'interessante questione che va tuttora dibattendosi fra gli scienziati di tutti i paesi.

Questa premessa ci è sembrata doverosa giacchè, mentre l'importanza delle vitamine si è oramai imposta all'attenzione dei patologi, dei fisiologi e dei biologi, molti dei problemi che sono stati sollevati dalla scoperta dei *fattori accessori* dell'alimentazione sono ancora sotto il controllo dell'indagine sperimentale e clinica.

Invero gli studi sull'eziologia del beriberi hanno condotto a risultati pratici così incoraggianti, che non è da meravigliarsi che si sia subito presentato il quesito se gli stessi concetti possano essere generalizzati, nel senso che anche altri quadri morbosi noti possano riconoscere un'analoga origine. Gli autori

che hanno affrontato la questione sembrano rispondere affermativamente ed il Funk (1914) per primo ha emesso appunto l'ipotesi che alla mancanza nell'alimentazione di quelle sostanze a cui egli applicò il nome di *vitamine*, si debba incolpare l'insorgenza di tutto un gruppo di malattie o *avitaminosi* e cioè, oltre il beriberi, anche lo scorbuto, il morbo di Barlow, il rachitismo infantile, la pellagra.

E' noto che col nome di *vitamine* vengono designate quelle sostanze la cui presenza nella buccia di riso fu dapprima stabilita sperimentalmente da Eykmann (1897) e chimicamente da Funk (1911). Secondo questo autore trattasi di elementi appartenenti alla categoria delle sostanze azotate, aventi una complessa costituzione, probabilmente rappresentanti una base pirimidinica nuova e che egli ottenne allo stato di cristalli aghiformi: sono inattivate alla temperatura di 130° C.

La loro deficienza nella dieta conduce all'insorgenza di uno speciale quadro morboso, che si presenta nel modo più caratteristico negli uccelli (colombi, galline, oche..,) sottoposti a una alimentazione avitaminica, come si verifica precisamente con una dieta composta esclusivamente di riso brillato (il comune riso del commercio), giacchè le vitamine sono localizzate quasi esclusivamente nella crusca e più precisamente nella pellicola argentea che ne tappezza l'interno La fenomelogia che si osserva è dominata da questi tre ordini di fatti: perdita del peso, paralisi degli arti e contratture muscolari. Anatomicamente lesioni degenerative a carico del sistema nervoso centrale e periferico. Questi fatti non si verificano se al riso sbucciato viene aggiunta la crusca che da esso venne separata: non solo, ma fu visto altresì che animali già in preda alla malattia stessa, dietro somministrazione di una dose conveniente di crusca, vanno rapidamente a guarigione. L'identico risultato si può ottenere con l'estratto liquido della crusca di riso. Le vitamine isolate dal Funk dalla crusca stessa si trovano dotate di proprietà profilattiche e curative intense. Alla dose di qualche milligrammo esse provocano nei piccioni affetti da polineurite sperimentale e vicini a soccombere, una scomparsa estremamente rapida dei sintomi caratteristici della malattia.

Eykmann mise subito in evidenza l'analogia che esiste fra la sintomatologia da lui osservata negli animali sottoposti a una dieta di riso brillato e la sintomatologia del beriberi, malattia questa che non si manifesta comunemente che nei paesi ove il nutrimento è in prevalenza di riso. Anche anatomicamente esistono molti punti di contatto fra le due sindromi morbose. Tale analogia ricevette la più completa conferma quando questi interessanti studi furono portati nel campo profilattico e terapeutico contro le epidemie di beriberi. Fu visto infatti che con un cambiamento di dieta o con l'aggiunta di crusca di riso si poteva impedire l'insorgenza della malattia Effetti curativi molto incoraggianti furono ottenuti anche nell'uomo somministrando, sia per via orale che ipodermica, degli estratti contenenti molto probabilmente la base di Funk. « Patologia sperimentale e patologia umana — dice O. Rossi in un suo articolo critico — si trovano nel campo del beriberi in mirabile e non frequente accordo ».

Il beriberi rappresenta pertanto l'*avitaminosi-tipo*, ed è appunto lo studio di questa malattia che ha aperto l'adito alle ricerche sulla presenza dei fattori accessori indispensabili nella nutrizione, ponendo la questione nel modo più semplice e persuasivo, e permettendo di avanzare l'ipotesi che alla mancanza di tali sostanze nella dieta si debba attribuire l'insorgenza di altre fenomelogie morbose, traendone indicazione altresì per la profilassi e la cura.

***

E in realtà, come già da molto tempo era stato messo in evidenza il rapporto che passa tra una nutrizione esclusiva o prevalente di riso e il beriberi, così la stessa relazione si è sempre ritenuta esistesse tra il mais e la pellagra, tra una non opportuna alimentazione e lo scorbuto, tra la cattiva qualità del latte e il morbo di Barlow. Ma erano sempre sfuggite le ragioni intime che valessero a spiegarci tale rapporto che osservazioni epidemiologiche e cliniche provavano in modo evidente.

Già per il beriberi tanto la teoria infettiva, quanto quella che ne attribuiva l'insorgenza ad una intossicazione dovuta all'ingestione del riso alterato per fermentazione, erano andate presto mostrandosi insufficienti, l'unico dato positivo restando stabilito dalla constatazione che il beriberi era intimamente legato ad una alimentazione prevalentemente composta di riso.

Anche per la pellagra le ricerche dirette alla scoperta di germi specifici non hanno condotto a un risultato pratico. E quantunque la teoria foto-dinamica del Raubitschek, secondo la quale il mais conterrebbe un principio tossico che sarebbe attivato dalla luce del sole, abbia incontrato molto favore, è certo d'altra parte che, se essa tende a spiegarci uno dei sintomi della malattia (eritema), non prova

per nulla che questa azione solare sia la causa della pellagra. Anche gli studi recenti che entrano nel campo dell'immunità, sebbene interessanti, non ci danno fino ad oggi alcun criterio eziologico. Per contro meritano sempre di essere prese in considerazione sia la teoria che fa capo a Lombroso, che la malattia cioè sia in rapporto con l'alimentazione del mais avariato, che la teoria di Marzari e Lussana, che attribuisce la pellagra all'insufficienza alimentare del mais sano. Ma mentre dopo mezzo secolo di ricerche le più svariate non si è ancora riuscito ad identificare il preteso veleno, la dottrina fisiologica del Lussana ha ripreso tutto il suo valore specialmente dopo che le ricerche dell'Abderhalden hanno messo in evidenza la grande importanza che esercitano sul ricambio gli aminoacidi, come il gruppo del triptofano, il quale appunto manca nella alimentazione unilaterale maidica. In conclusione possiamo affermare che anche nella etiologia della pellagra una sola cosa finora sembra essere bene stabilita e cioè ch'essa è in rapporto intimo con l'alimentazione maidica, come è provato dal fatto che la pellagra non esiste che nelle contrade dove il mais costituisce l'alimento pressochè esclusivo. Questo fatto, unito alla constatazione che la pellagra si guarisce migliorando l'alimentazione, dovrebbe pertanto costituire la base per qualunque dottrina sull'etiologia della pellagra.

Che l'insorgenza dello scorbuto sia condizionata ad una alimentazione inadatta è provato dalla constatazione antica che tale malattia si manifesta in seguito a consumo di soli cibi disseccati e conservati, come pure già era noto che una modesta aliquota di cibi freschi è sufficiente perchè si attenuino e scompaiano le turbe caratteristiche del morbo.

È infine già da tempo vi fu chi intravvide nella cattiva qualità del latte materno e nell'uso troppo prolungato di latte sterilizzato nell'alimentazione dei lattanti l'insorgenza del morbo di Barlow e di certe forme di rachitismo.

Pertanto possiamo affermare che l'*origine alimentare* di questi morbi era generalmente ammessa: troppo poco in verità perchè si potesse già pensare a raggruppare queste diverse sintomatologie in un unico capitolo di patologia.

Ma allorquando vennero in luce gli importanti studi sull'eziologia del beriberi, una più stretta parentela fra questi morbi parve logicamente potersi ammettere.

Già accennammo che l'ipotesi formulata dall'Eykmann, in seguito alle sue ricerche sulla polineurite sperimentale, che cioè il beriberi riconoscesse un'origine analoga, ricevè piena conferma dagli studi epidemiologici e clinici della malattia. Fu dopo che la ... europea sostituì in quei paesi ai primitivi molini a mano le moderne macchine perfezionate, che la malattia prese uno sviluppo straordinario. Questo perchè con le macchine moderne il riso viene talmente pulito che nulla rimane dello strato esterno o pericarpio, la cui rimozione converte appunto un riso innocuo in un riso nocivo.

Questi risultati portarono una nuova direttiva negli studi sull'etiologia della pellagra, date anche le molte analogie che esistono fra i due morbi.

Il Durck, nel primo Congresso Internazionale dei patologi tenuto a Torino nel 1911, richiamava appunto l'attenzione degli scienziati sul parallelismo fra le due malattie e sulla possibilità che la pellegra riconosca un'origine analoga a quella del beriberi. E già lo Stefani (1911), trattando del valore nutritivo del mais in rapporto alla pellagra, e prima ancora che fosse divulgata la dottrina delle vitamine, era indotto a pensare che l'insufficienza alimentare del mais potesse dipendere dalla assenza di principi necessari all'uomo e ancora sconosciuti. Anche Volpino (1913) sospettava che la causa della malattia potesse dipendere dalla mancanza di certe sostanze protettrici che sarebbero contenute nella cariosside del granturco. Secondo il Funk (1913) a seconda del modo di preparazione delle farine noi abbiamo casi cronici con piccola mortalità e casi acuti con alta mortalità.

Così in Italia e in Egitto dove il mais è macinato in modo incompleto, noi abbiamo dei casi cronici con mortalità di solamente del 4 % circa, mentre negli Stati Uniti dove il mais subisce un processo di macinazione molto protratto per mezzo di macchine perfezionate, noi abbiamo un'alta percentuale di casi acuti con il 20 % al 25 % di mortalità.

La ragione di tale differenza sarebbe perfettamente la stessa di quanto si osserva nel riso, per il motivo che quanto più protratta è la macinazione tanto più il grano viene privato delle sue parti periferiche. Infatti l'analisi chimica delle diverse frazioni del grano di mais ottenute durante la macinazione renderebbe molto probabile che la localizzazione delle vitamine sia analoga a quella del riso e cioè negli strati esterni del grano.

Sperimentalmente l'interessante problema è di difficile soluzione, dal momento che non si è ancora riusciti a riprodurre negli animali un quadro morboso che meriti il nome di pellagra sperimentale. E quantunque il quadro

osservato per primo da Bezzola (1908) nelle cavie tenute a una dieta esclusiva di mais sano, ricordi in certe particolarità (fenomeni cutanei ed intestinali) la pellagra, è ben lungi dal riprodurre la complessa fenomelogia che si osserva nell'uomo. Il Frisco, che si è occupato a lungo delle alimentazioni incomplete nelle loro conseguenze anche nei rapporti dei malati di mente, ha dimostrato l'insorgenza di manifestazioni di avitaminosi negli animali (conigli, colombi) tenuti a mais immaturo ed essiccato incompletamente, come analogamente aveva riconosciuto una simile origine nei fatti di avitaminosi riscontrati in diversi casi clinici venuti sotto la sua osservazone. Già l'Antonini e l'Amalfitano avevano riconosciuto proprietà pellagrogene nel mais immaturo. Secondo il Frisco le vitamine della corteccia immatura non sarebbero sufficienti nè qualitativamente nè quantitativamente data l'incompleta costituzione chimica e strutturale della sostanza corticale.

Che la comparsa dello scorbuto sia condizionata alla assenza nella alimentazione di speciali sostanze antiscorbutiche è provato dai classici esperimenti di Holst e Frölich (1907), i quali dimostrarono che gli animali nutriti esclusivamente con semi secchi (piselli, avena, frumento, ecc.) o con un nutrimento esposto all'autoclave o ad alta temperatura, presentano i sintomi clinici ed anatomici dello scorbuto. La storia clinica dello scorbuto, guarito dall'alimento fresco, conferma questi dati. Hanno azione profilattica e curativa le comuni verdure verdi, i succhi di frutta, il latte e anche gli stessi semi dopo fatti germogliare. È nota l'antica fama di antiscorbutico del succo di limone e di arancio. È dimostrato però che tale proprietà non è dovuta all'acido citrico in quanto essi conservano il loro potere anche quando tale acido viene eliminato; la reazione acida però è favorevole alla conservazione del potere antiscorbutico negli alimenti. In una mia nota comparsa nel 1917 in questo periodico, io ho dimostrato come il nostro soldato durante la guerra, ha risentito della forte deficienza in sostanze antiscorbutiche di cui è incolpabile il regime a cui era assoggettato, specie allorquando l'uniformità e l'insufficienza di esso imposte dalle circostanze, venivano aggravate dalle frequenti distribuzioni di viveri di riserva (carne conservata in scatole, gallette, latte condensato e sterilizzato, ecc.). Infatti io ho potuto convincermi, durante la mia permanenza fra le truppe combattenti, della frequenza in esse e talvolta della gravità dei disturbi discrasici, molti dei quali rientrano appunto nella sindrome scorbutica (lesioni al tubo digerente, comuni del resto a tutte le avitaminosi, lesioni gengivali, epistassi, emorragie sottocutanee, deperimento, edemi....). Ho osservato d'altra parte la benefica influenza della somministrazione degli agrumi che qualche volta veniva fatta alla truppa: la loro distribuzione dovrebbe essere generalizzata e non mancare mai quando la necessità impone l'uso prolungato di viveri di riserva.

Tutto il gruppo delle malattie scorbutiche (scorbuto, beriberi dei naviganti, morbo di Barlow) sarebbe dovuto alla assenza di tali fattori accessori antidiscrasici.

Come dicemmo anche per il rachitismo si vorrebbe riconoscere l'importanza delle vitamine, il che si può mettere in correlazione alle ricerche che provano la esistenza di sostanze che avrebbero particolare importanza sull'accrescimento. Molto interessanti sono i lavori di Osborne e Mendel (1912) e quelli di Hopkins (1912), dimostranti che gli animali non possono crescere se nutriti con diete così dette sintetiche, consistenti in miscele artificiali di proteine upre, grassi, idrati di carbonio, sali. Ma essi dimostrano anche che sostanze presenti in alimenti normali (per es. latte) possono, se aggiunti in quantità sorprendentemente piccola, assicurare la utilizzazione dell'energia contenuta nelle suddette misture artificiali.

*
* *

Prospettate così per sommi capi le nostre principali conoscenze su quelle malattie che vengono ascritte al capitolo delle avitaminosi, e alle quali Centanni (1914) propone il nome più generico di *amerositosi* e Weill e Mouriquand (1916) quello di *malattie da carenza*, cerchiamo di addentrarci un po' più intimamente sulle cause che ne generano l'insorgenza, onde meglio vagliarne la probabile parentela.

Per Funk si tratterebbe sempre di uno stesso meccanismo. L'animale, privato di vitamine, incapace di fabbricarle sinteticamente, si rivolgerebbe alle riserve accumulate nel suo organismo, e prima di tutto alle masse muscolari e poi in seguito al tessuto nervoso, il che importa i disordini più gravi, comuni a tutte le avitaminosi.

I sintomi delle avitaminosi possono essere divisi in alcuni gruppi: il sintoma della neurite — la sindrome cardiaca — la sindrome dello scorbuto e in fine il quadro pellagroso con lesioni intestinali, eritema tipico della pelle, e sintomi da parte del sistema nervoso centrale. Questi sintomi possono unirsi e for-

mare sindromi combinate, il che proverebbe la omogeneità di queste malattie.

Ma per meglio comprendere come dalla assenza delle vitamine possano generarsi quadri morbosi diversi, occorre che noi teniamo presente la distinzione che attualmente viene fatta di tali sostanze, in seguito specialmente alle ricerche di Mc. Collum e Davis (1913) e di Osborne e Mendel (1913).

Tali sostanze, alle quali Mc. Collum e Davis propongono le denominazione di «fattori accessori della crescenza e dell'equilibrio», vengono oggi distinte per la loro solubilità in fattore A, solubile nei grassi, senza l'azione del quale l'animale non è capace di crescere, e fattore B, solubile in acqua e alcool, che è assolutamente indispensabile in tutti gli stadi della vita. Infine nelle cavie, gatto, cane.... è stato dimostrato indispensabile un terzo fattore accessorio, l'antiscorbutico.

Il *fattore accessorio B* è quello meglio conosciuto e che più ha attirato l'attenzione degli studiosi, sia perchè è stato il primo ad essere scoperto, sia perchè è quello la cui deficienza provoca la sintomatologia più grave ed imponente.

È stata dimostrata l'identità del fattore B con la vitamina di Funk estratta dalla pula di riso o dal lievito di birra. Abbiamo pertanto già accennato ai suoi principali caratteri fisici e chimici.

Il fattore B si trova variamente distribuito in tutti gli alimenti di origine vegetale ed animale. Tutti i semi ne sono ricchi, e così oltre che nel riso, si trova nel grano, mais, orzo, avena, miglio, ecc., e specialmente localizzate nella parte periferica e nell'embrione. Il fermento di birra ne contiene delle quantità considerevoli. Dei tessuti animali l'organo che ne contiene maggiormente è il fegato, vengono poi il rene, la milza, il cuore, i muscoli volontari, il cervello, il midollo. Ricchi in vitamine acquo-solubili sono ancora il tuorlo d'uovo e il latte. E a questo proposito ricorderemo che il latte, unico alimento della nostra prima età, contiene tutti e tre i fattori accessori.

La deficienza delle vitamine acquo-solubili provoca negli animali la polineurite e nell'uomo il beriberi. Si hanno lesioni non solo nel sistema nervoso centrale (cellule delle corna anteriori del midollo lombare) e periferico (sciatico), che presentano alterazioni degenerative, ma in tutti gli organi. Così Funk trovò atrofia delle ghiandole specie del timo, mentre al contrario fu trovata ipertrofia delle capsule surrenali con iperadrenalinemia, degenerazione degli organi della riproduzione, disfunzione degli organi della digestione e dell'assimilazione. E ancora diminuzione dei globuli rossi e del tasso emoglobinico (Frisco).

Il *fattore accessorio* A, solubile nei grassi, venne identificato da Osborne e Mendel (1913), le cui constatazioni furono confermate ed estese da Mc. Collum e Davis. Il fattore A è ancora poco conosciuto dal lato chimico, perchè non conosciamo ancora dei metodi che ci permettano di trattarlo con relativa stabilità; la luce ed il calore agiscono sfavorevolmente su di esse.

Le vitamine grasso-solubili sono presenti in grande percentuale nei grassi animali come nel burro, ma sono assenti o quasi nel lardo e nello strutto. Ricchi ne sono gli estratti di ghiandole specie del fegato, si rinviene in grande quantità anche nelle parti verdi delle piante, mentre invece si trova in proporzioni piccolissime nei semi, ad eccezione che nel lino, miglio, soja. Il fermento di birra, così ricco in fattore B, sembra essere sprovvisto del fattore **A.**

Noi possiamo assai facilmente constatare i disturbi conseguenti a un regime privo di fattori A, sottoponendo gli animali a cibi digrassati, giacchè in tal caso il fattore A segue i grassi. Ne risentano specialmente gli animali in via di accrescimento. Si ha dapprima arresto di sviluppo, indi progressivo dimagramento e morte dopo diversi mesi, a seconda dell'età dell'animale. Ma il sintomo più caratteristico di tale avitaminosi è la *xeroftalmia:* si ha arrossamento della congiuntiva, edema palpebrale, e anche opacità della cornea e cecità .

L'esistenza di uno speciale *fattore antiscorbutico*, dopo le esperienze di Holst e Frölich (1907) e autori successivi, sembra non doversi mettere in dubbio, quantunque sia quello meno conosciuto dal lato chimico. A differenza dei precedenti esso si dimostra molto labile: viene distrutto facilmente col disseccamento e con la cottura. Si trova nelle parti verdi e fresche e in genere nei vegetali ricchi di acqua. E' estraibile con alcool a 95° ed è possibile separarlo in una soluzione acquosa dal fattore B perchè questo viene assorbito dalla terra di fallone lasciando libero il fattore antiscorbutico (Harden e Zilva).

Invece nessun dato preciso abbiamo per ammettere l'esistenza di speciali sostanze antipellagrose, da differenziarsi dalle precedenti. Sperimentalmente io ho visto che i disturbi osservati dal Bezzola e autori successivi (Lucksch, ecc.) con l'alimentazione maidica si potevano ottenere ugualmente alimentando le cavie con farina di frumento e di riso, il

che, unito all'osservazione fatta da diversi autori che casi di pellagra possono essere provocati da altri cereali oltre che dal mais, dimostrerebbe che non si può attribuire potere pellagrogeno unicamente all' alimentazione maidica. Fu visto inoltre che alimentando i piccioni con mais privato del germe e dello strato aleuronico essi si ammalano di tipica polinevrite come nell'alimentazione di riso brillato (Riquier). D'altra parte è noto (Lombroso) che nella pellagra si notano di frequente sintomi scorbutici (osteoporosi, emorragie, stomatiti, ecc.), nonchè sintomi e lesioni beriberiche (neuriti, dilatazione cardiaca, degenerazioni del nervo vago, tachicardia, ecc.). Ora questi fatti mentre stanno in appoggio alla teoria che anche nella genesi della pellagra si possa invocare un fattore avitaminico, d'altra parte contribuiscono a metterci in guardia dall'ammettere senz'altro l'esistenza di sostanze antipellagrose, intese nel senso specifico. Probabilmente, nel caso della pellagra, la questione è alquanto più complessa, ed altri fattori (assenza di gruppi aminoacidi, deficienza di azoto) possono contribuire a rendere così svariato il quadro pellagroso.

Dobbiamo pensare ancora che come dalla diversa quantità e qualità delle vitamine si ha un'insorgenza più o meno acuta della malattia, e un quadro morboso diverso, così le esigenze dell'organismo in vitamine varino, sia quantitativamente che qualitativamente, a seconda degli animali, dell'età, della natura del vitto, della resistenza organica. Così mentre per gli uccelli un cereale, purchè sia intero e quantunque privo di sostanze antiscorbutiche, si mostra sufficiente a' mantenerli per un tempo indeterminatamente lungo in condizioni perfettamente normali, esso non si rivela invece completamente sufficiente per altri animali, come le cavie, che, con una simile dieta, vanno incontro a un lento ma progressivo deperimetro che finisce per condurle a morte. L'esempio della cavia è a questo proposito assai istruttivo, come dimostrano i seguenti esperimenti.

Misi (1915) tre gruppi di cavie ad una alimentazione esclusiva di cereali (mais - riso - frumento) completi, cioè con tutte le parti costituenti il seme. Altri tre gruppi invece misi ad alimentazione esclusiva di cereali (mais - riso - frumento) incompleti, cioè privati degli strati più periferici. In tutti i casi la dieta risultò insufficiente a mantenere la cavie nelle loro condizioni normali, quantunque la morte fosse più precoce nelle alimentazioni incomplete; tutte poi morirono in preda a fenomeni scorbutiformi e perdita del pelo. Notai anche fatti paralitici nelle cavie ad alimentazioni incomplete, con tutta probabilità perchè solo in queste si ha deficienza di vitamine antineuritiche. Ma le cavie muoiono altresì se tenute a cavoli freschi, ricchi in vitamine antiscorbutiche: di 30 cavie tenute a cavoli dopo 20 giorni non me ne rimasero in vita che 6. Se invece noi uniamo i due alimenti (cereali + cavoli e cioè vitamine antiberiberiche + vitamine antiscorbutiche) veniamo a costituire una dieta sufficiente a mantenere in vita l'animale adulto. Possiamo quindi immaginare che certi animali, per speciali esigenze del loro ricambio, hanno bisogno unicamente (o prevalentemente?) di fattori B (vitamine antiberiberiche), altri invece di fattori antiscorbutici, altri di tutti e due. Le cavie apparterebbero appunto a quest'ultima categoria di animali, dimodochè regolando opportunamente l'alimentazione noi possiamo ottenere in esse o lo scorbuto o la polineurite. Infatti ultimamente si è riusciti a ottenere la polineurite sperimentale anche in questi animali, come pure in altri mammiferi (topi, gatti, cani) regolando appunto l'alientazione in modo che le lesioni nervose si possano stabilire prima che l'animale venga condotto a morte dalla deficienza del fattore antiscorbutico (a cui i mammiferi sembrano particolarmente sensibili) e del fattore A, se l'animale è in via di accrescimento. (Voegtlin e Lake, 1918 — Weill e Mouriquand, 1918).

***

Da quanto siamo venuti esponendo appare tutta l'importanza della questione non solo dal lato teorico, in quanto apre nuove vedute nella chimica alimentare, ma altresì dal lato pratico, in quanto ci addita preziose norme profilattiche e curative in uno speciale capitolo di patologia. Ma le nostre conoscenze al proposito non avranno veramente base scientifica finchè non ci sarà ben noto la natura esatta delle turbe dovute alla soppressione delle vitamine: i sintomi caratteristici delle avitaminosi non sono che la conseguenza di queste turbe metaboliche, di cui occorre conoscere il processo intimo. In verità gli autori, tutti attenti allo spettacolo veramente suggestivo dei fenomeni conseguenti alle diete avitaminiche, non evevano finora rivolto le loro ricerche allo studio dell'influenza delle vitamine sul ricambio, per quanto appaia chiaro che questo debba essere grandemente alterato in seguito alla loro deficienza.

Fin dal 1913 io, affrontando sperimentalmente il problema del compito affidato alle vi-

tamine nell'equilibrio del ricambio materiale, intrapresi nel Laboratorio di Fisiologia della R. Università di Genova, diretto dal professore Grandis, delle ricerche intese a stabilire a quali perturbazioni si dovessero attribuire le avitaminosi. Studiando particolarmente l'influenza che le sostanze in questione esercitano sul chimismo respiratorio (indice del complessivo scambio materiale), io osservai che nei colombi tenuti a riso brillato (privo di vitamine) si ha un abbassamento molto rilevante (fino a 0,35) del quoziente respiratorio, dovuto a una diminuzione dell'anidride carbonica emessa (prodotto di combustione) in confronto dell'ossigeno introdotto (agente di combustione): il quoziente stesso si rialza prontamente somministrando un estratto di lolla, contenente le vitamine: ciò ci sta ad indicare nel primo caso un rallentamento nel ricambio degli idrati di carbonio e nel secondo caso una ripresa nel ricambio stesso.

In base a tali risultati io ho interpretato l'azione delle vitamine considerandole come elementi eccitanti i processi ossidativi: la loro presenza è necessaria perchè tali fenomeni avvengano in modo completo. La loro azione *catalitica*, intesa in questo senso, spiega bene i gravi fenomeni che insorgono per la loro assenza, conducendo all'accumulo nell'organismo di prodotti di disintegrazione che, non essendo completamente ossidati, riescono fortemente tossici, e ci spiega il grave quadro morboso che si osserva e che ha indotto molti autori a pensare a una intossicazione da veleni contenuti nella dieta.

Partendo da tali mie ricerche il Dutcher (1918) cercò di controllare, in un modo in verità assai indiretto, come avvengono le ossidazioni nei tessuti dei colombi polineuritici. Essendo noto che quanto maggiore è l'attività ossidativa dei tessuti tanti più catalasi questi contengono, l'A. volle vedere quanto ossigeno veniva scisso dall'acqua ossigenata per opera dei vari organi di colombi normali e polineuritici, e constatò che gli organi dell'animale avitaminizzato ne mettevano in libertà circa la metà degli organi normali, mentre se all'animale era stato somministrato l'estratto di lievito di birra, ricco in vitamine, le cifre si avvicinavano moltissimo a quelle normali. L'A. fa ancora notare che i tessuti si ordinano per il loro contenuto in catalasi come quando siano ordinati per il loro contenuto in vitamine.

Infine recentissime ricerche della Novaro (1920), compiute nel Laboratorio di Fisiologia di Genova, sul ricambio calorimetrico dei colombi avitaminizzati, dimostrano in questi un abbassamento della temperatura del corpo, nel mentre viene ridotto enormemente (fino al 60 %) l'emissione del calore: il che, concordemente ai risultati ottenuti dalle mie ricerche, dimostra che quando la deficienza delle vitamine si fa sentire si ha acutamente un rompersi dell'equilibrio nel metabolismo animale per cui i prodotti non sono più elaborati completamente.

Ci spieghiamo adunque perchè, p. es., la polineurite negli uccelli compare tanto più presto quanto maggiore è la somministrazione del riso brillato, come sperimentò Funk e come osservarono altresì Braddon e Cooper. Funk vide ancora che l'aggiunta di idrati di carbonio al riso brillato accelera l'esplosione della malattia. Abbiamo in questi casi un aumento di sostanze alimentari da metabolizzare senza un corrispondente aumento di vitamine e quindi più precoci e più gravi i disturbi derivati dall'alterato ricambio.

In base ai dati sperimentali sopra riferiti, noi riteniamo adunque che le vitamine debbono essere considerate come *corpi catalizzatori*, capaci di eccitare e regolare secondo i bisogni fisiologici degli organismi, il determinismo delle reazioni biochimiche fondamentali del ricambio. Probabilmente la loro azione si esercita su tutti i gruppi di sostanze alimentari e cioè oltre che sugli idrati di carbonio anche sui grassi e sulle sostanze albuminoidee: esse ne assicurano la completa e normale utilizzazione da parte dell'organismo.

E siccome nelle avitaminosi furono constatate alterazioni anatomiche e funzionali delle ghiandole a secrezione interna, di cui pure è nota l'influenza regolatrice sul ricambio, assai verosimilmente l'azione dei due sistemi, endogeno l'uno (secrezioni endocrine), esogeno l'altro (fattori vitaminici), non deve essere considerata disgiunta.

Quantunque le ricerche sopra riportate si riferiscano solamente alle avitaminosi da fattore B, mancando attualmente studi sul ricambio nelle alimentazioni private dei fattori A o dei fattori antiscorbutici, noi tuttavia possiamo trarre da esse un'indicazione circa il momento patogenetico del fenomeno, permettendoci di interpretare il fenomeno stesso essenzialmente come una *intossicazione* cronica, in dipendenza della diminuita ossidazione causata dalla deficienza dei fattori accessori dell'alimentazione: il conseguente profondo turbamento del metabolismo, di cui sono espressione l'abbassamento del quoziente respiratorio, la minore produzione e la diminuita eliminazione di calore, conduce infatti alla formazione di prodotti intermediari del

ricambio, quali potrebbero essere i corpi acetonici, che, non essendo completamente bruciati, agiscono come tossici sull'organismo e sul sistema nervoso in special modo. In tal guisa i fatti polinevritici si possono ascrivere alla categoria delle comuni neuriti tossiche, nel mentre che tutto il fenomeno, perdendo quanto di misterioso lo avvolgeva, può rientrare nell'ordine dei comuni fatti fisiopatologici, che si osservano nel nostro organismo.

BIBLIOGRAFIA.

La copiosa bibliografia sull'argomento trovasi riportata nella mia rivista sintetica in *Pathologica*, n. 144 del 1914, e in quella della Novaro P. in *Pathologica*, n. 265 del 1920, a cui rimandiamo il lettore. Ci limiteremo pertanto qui a specificare le fonti di quei lavori che, citati nella presente trattazione, non si trovano elencati nelle due suddette riviste bibliografiche.

AMALFITANO G. *La pellagra in provincia di Cremona durante l'ultimo decennio.* — Cremona, 1914.

ANTONINI G. *Rivista Pellagrologica Italiana*, luglio 1914.

CENTANNI E. *Quaderni di psichiatria*, vol. I, n. 9, 1914.

FRISCO B. *Annali del Manicomio Provinciale di Catanzaro*, anni 1916, 1917, 1919.

NOVARO P. *Ricerche calorimetriche comparative sul digiuno e sull'avitaminosi*, in *Pathologica*, 1920 (in corso di pubblicazione).

RAMOINO P. *Policlinico* (Sezione pratica) fascicolo 19 del 1917.

ROSSI O. *Quaderni di psichiatria*, n. 4 del 1915.

STEFANI. *Penada* (Padova, 1911) riportata nella *Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, n. 57 del 1912.

WEILL e MOURIQUAND. *Revue de Médecine*, fascicoli 1 e 2 del 1916.

Abbazia, maggio 1920.

LAVORI ORIGINALI.

CLINICA NEUROPATOLOGICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI TORINO
diretta dal prof. C. NEGRO.

Sul trattamento di sindromi nervose (contratture muscolari, rigidità) e circolatorie con iniezioni ipodermiche di cacodilato di soda ad altissime dosi

per il dott. GIUSEPPE ROASENDA
docente ed assistente.

La comunicazione di Lhermitte e Quesnel, fatta alla Società di Neurologia di Parigi (*Revue Neurologique*, 1919, n. 12, pag. 912) mi ha incitato a sperimentare il metodo terapeutico proposto da questi Autori, il quale avrebbe dato vantaggi, non ottenuti mai prima con altri mezzi, contro talune sindromi nervose (contratture muscolari, rigidità) e circolatorie.

A dire il vero, Lhermitte e Quesnel hanno seguito, fino ad un certo punto, la via già aperta da Sicard antecedentemente. Quest'autore — con Roger, Haguenau e Kudelsky — aveva usato il *novarsenic* per via endovenosa. Lhermitte e Quesnel avevano adoperato, per iniezioni endovenose, il *sulfarsenol*, facendo 2 o 3 iniezioni ogni settimana, ed aumentando progressivamente la dose, da gr. 0.006 a gr. 0.30: in modo che l'ammalato riceveva in un mese più che 2 gr. di medicamento. Ma non è questa la modalità che io ho voluto provare e controllare. Io mi sono attenuto a quella più semplice di quelle consigliate da tali Autori, vale a dire alla cura con iniezioni ipodermiche, adoperando il preparato arsenicale diventato di uso assai comune, il cacodilato di soda, e di cui si possono introdurre nell'organismo le dosi più elevate. Lhermitte e Quesnel, a questo proposito, consigliano una soluzione al 50 od al 25 %, da iniettarsi nella regione glutea o sotto la pelle della faccia esterna della coscia. Essi fanno delle iniezioni quotidiane, od ogni 2 giorni nei pazienti avanzati in età, e, in qualunque modo, meno resistenti; incominciano con dosi di 0.25 o 0.50 per due o tre volte, per salire poi subito ad 1 gr., 1 gr. e mezzo, 2 gr. ed anche 2 gr. e 50 ctgr. di cacodilato per ogni iniezione.

Essi consigliano di sospendere la cura quando all'ammalato sono iniettati da 12 a 14 gr. del medicamento (1), per riprendere eventual-

(1) In un loro ammalato arrivarono fin'anche ad iniettare, in 12 giorni, 18 gr. e 75 ctg. di cacodilato di soda!

mente a fare un'altra serie di iniezioni dopo una quindicina di giorni.

L'utilità del metodo sarebbe constatabile essenzialmente, secondo Lhermitte e Quesnel, nei casi di sindromi nervose in cui esistono fenomeni di rigidità e di contrattura. Anche negli arteriosclerotici potrebbe dare buoni risultati, per il notevole abbassamento della pressione sanguigna che si ottiene con esso.

***

Ho incominciato una vasta serie di esperienze al riguardo e comunicherò i relativi risultati appena avrò potuto completarli ed ordinarli. Ma perchè anche altri sia incitato a fare delle ricerche in questa stessa direzione, dopo aver accennato alla modalità proposta da Lhermitte e Quesnel, desidero ora, come *specimen*, di riferire in breve sul caso di un ammalato, già degente nel Reparto Neuropatologico dell'Ospedale Militare Principale di Torino, il quale ha avuto vantaggio da tale cura, e di fare alcune considerazioni sulla medesima.

Si tratta di un soldato, Sp. Pietro, di anni 23, il quale fu colpito da *ictus apoplettico* il 28 agosto 1919. Risulta dalle varie cartelle cliniche di cui consta il suo incartamento che egli si sarebbe accorto di debolezza motrice e poi di paralisi degli arti e del facciale inferiore di sinistra instauratesi in modo progressivo e senza perdita di coscienza, e che tali fenomeni furono preceduti, durante circa un mese, da malessere, da cefalee specialmente notturne, da insonnia, ecc., ecc. Egli negò sempre lues, e la reazione di Wassermann sul siero di sangue fu negativa (non si poterono fare le ricerche del caso sul liquido cefalorachideo).

In seguito, l'emiplegia sinistra permase, accentuandosi poi gradatamente in questo lato i fenomeni contratturali. All'esame erano presenti gli abituali fenomeni organici di lesione del fascio piramidale.

In data 19 gennaio 1920 è notato nella cartella: «Contrattura in flessione dell'avambraccio, della mano e delle dita a sinistra, con conseguente aumentata resistenza ai movimenti passivi. Anche nell'arto inferiore sinistro è aumentata, ma in minor grado, la resistenza ai movimenti provocati. Molto limitata la motilità attiva negli arti, più nei segmenti distali, e più nell'arto superiore che nell'inferiore ».

La cura idrargirica che, applicata in base alla possibile eziologia luetica dei fatti morbosi manifestatisi, subito dopo la loro insorgenza pareva aver dato qualche risultato, ultimamente, ripetuta, non aveva portato più giovamento. Appunto perchè la contrattura — specie dell'arto superiore sinistro — si veniva ancora accentuando, tanto che i segmenti dell'arto stesso con difficoltà, anche passivamente, potevano muoversi e spostarsi, io ho creduto fosse del caso di tentare la cura cacodilica ad alte dosi, applicando, in linea generale, i concetti di Lhermitte, e modificando eventualmente la cura a seconda dei risultati o delle difficoltà che durante la medesima si sarebbero potuti presentare. E, più precisamente, ho proceduto nel seguente modo, con soluzione di cacodilato di soda al 25 %.

8 aprile — Iniezione di 40 ctg. di cacodilato di soda.

9 aprile — Iniezione di 60 ctg. di cacodilato di soda.

10 aprile — Iniezione di 80 ctg. di cacodilato di soda. — Notasi un lieve miglioramento della contrattura negli arti emiplegici, specie nel superiore.

11 aprile — Iniezione di 1 gr. di cacodilato di soda.

12 aprile — Iniezione di 1,20 gr. di cacodilato di soda. — Nel pomeriggio accusò cefalea che durò circa un'ora; perciò il giorno successivo si diminuì la dose del medicamento.

13 aprile — Iniezione di 80 ctg. di cacodilato di soda. — Nel pomeriggio ebbe leggieri dolori addominali (non diarrea), che durarono poco tempo. Esame delle orine: non albumina; traccie, appena dimostrabili, di pigmenti biliari; null'altro di notevole.

14 aprile — Iniezione di 1 gr. di cacodilato di soda.

15 aprile — Iniezione di gr. 1.20 di cacodilato di soda. Condizioni generali buone. Il paziente non si lamenta di nulla di particolare. Continua il miglioramento dei fenomeni contratturali. — Esame del sangue: Emometria, 90 %. Non alterazioni rilevabili nei globuli rossi. Non modificazione della formula leucocitaria.

16 aprile — Iniezione di gr. 1.50 di cacodilato di soda. — L'esame oftalmoscopico non dimostra nessuna alterazione del fondo oculare.

17 aprile — Iniezione di gr. 1.20 di cacodilato di soda.

18 aprile — Iniezione di gr. 1.50 di cacodilato di soda.

19 aprile — Iniezione di gr. 2 di cacodilato di soda.

In totale, ho iniettato, in undici giorni, gr. 13.20 di cacodilato di soda! Non oserei consigliare trattamenti consimili in tutti i casi — io mi sono permesso di farlo per vedere fino a qual punto arrivava la tollerabilità nel mio paziente — restando però attentissimo alle condizione generali, ed a quelle degli organi che prima e più soffrono negli avvelenamenti arsenicali.

Io mi sono preoccupato infatti di fare periodicamente minuti esami generali dell'ammalato in osservazione — ed ho controllato

il comportarsi delle orine, del sangue e del fondo dell'occhio, di cui ho unito qualche reperto, e che ho ripetuto dopo cessate le iniezioni. All'infuori delle piccole traccie di pigmenti biliari, riscontrate dopo la 6ª iniezione e messe in evidenza solo perchè si è insistito nella ricerca (probabile reazione del fegato alle prime dosi arsenicali attive, a cui poi esso si è venuto abituando senza alterazioni parenchimali), il Maggiore Prof. Bruno, Direttore dei laboratori scientifici dell'Ospedale Militare Principale di Torino, non riscontrò mai nulla di notevole nell'esame delle orine; come pure nulla di anormale si riscontrò nell'esame del sangue da lui fatto (la emometria = 90 dopo l'8ª iniezione, cessata la cura si presentava = 95: vantaggio da mettersi in rapporto coll'azione benefica dell'arsenico): e, d'altra parte, il prof. G. Mosso non vide nulla di patologico nell'esame del fondo dell'occhio, ripetuto parecchie volte. Di questi esami si doveva tenere stretto conto, perchè si sa che nell'avvelenamento arsenicale soffrono, oltre lo stomaco e gli intestini, il fegato ed il rene; e che anche il nervo ottico può pagare il suo tributo a tale intossicazione (ricordo il caso classico di un ammalato, in cui furono iniettati 27 gr. di atossil in 3 mesi: in esso si ebbe come conseguenza una nevrite retrobulbare, a cui seguì un'atrofia del nervo ottico; altri fenomeni di questo genere, se pure non così importanti, si verificarono già per 4-5 gr. di atossil iniettato).

Nel mio paziente non ho notato neppure fenomeni morbosi da parte del cuore nè della circolazione, non irritazioni delle congiuntive nè della mucosa naso-faringea, non disturbi speciali della sensibilità nè della motilità che stessero a dimostrare fatti nevritici. L'esame elettrico mi fece escludere anche la presenza di nevriti latenti: le quali, come ha fatto rilevare Negro, si riscontrano frequentemente nelle intossicazioni e possono rendersi poi evidenti per qualche trauma anche di lieve importanza. L'esame elettrico non ha dimostrato infatti nè iper- nè ipoeccitabilità sui nervi o sui muscoli alle correnti elettrofaradiche ed alla corrente continua, nè inversione della formola di contrazione all'eccitamento con quest'ultima (An Ch C > Ca Ch C), e neppure tracce di contrazione pigra o vermicolare.

Avrei voluto studiare il modo di eliminazione del preparato arsenicale iniettato, ma non ho potuto, perchè mi mancavano i mezzi necessari per tale ricerca.

Gli effetti ottenuti sulla contrattura furono assai notevoli, e si conservarono (almeno, fino all'ultimo esame fatto oggi, 29 aprile, non erano modificati). Non solo passivamente, ma anche attivamente il paziente può muovere l'arto superiore (il quale si trovava nelle peggiori condizioni) in tuttte le direzioni ed in tutte le articolazioni — può portarsi la mano sulla testa — può distendere e flettere il braccio, l'avambraccio, la mano e le dita — e può aiutarsi con esso in tutti i modi, mentre prima della cura riferita non gli serviva assolutamente a nulla, essendogli più di fastidio che di qualsiasi anche piccola utilità.

Vedrò poi in seguito se sia del caso di riprendere tale cura per un altro periodo di tempo: frattanto, faccio fare bagni caldi, e massaggi, movimenti passivi e quanto della cura kinesiterapica può servire per mantenere ed eventualmente aumentare il miglioramento: cure fisiche che, prima delle iniezioni di cacodilato, non erano nemmeno da applicarsi, perchè, date le condizioni di allora, non avrebbero potuto portare ad alcun miglioramento.

* * *

I problemi che tale sistema terapeutico può suscitare sono molteplici.

Il primo che si presenta, per lo scopo più pratico ed immediato, è il seguente.

In quali forme morbose può essere utile la somministrazione ad alte dosi del preparato arsenicale da noi usato? Lhermitte e Quesnel nella loro comunicazione riferiscono di averne avuto dei vantaggi notevolissimi nei parkinsoniani — affermano parimenti che, in arteriosclerotici, poterono constatare, dopo l'impiego di esso, una notevole diminuzione nella pressione del sangue. Il campo aperto alle ricerche è dunque grande. Tanto la malattia di Parkinson come l'arteriosclerosi rappresentano sindromi morbose difficilmente curabili cogli altri mezzi conosciuti. Se in qualche modo potremo ottenere in esse dei vantaggi, saremo in grado di portare utilità ad un gran numero di ammalati.

Ma ancora in altre direzioni può essere sperimentata l'efficacia del cacodilato di soda ad alte dosi.

Senza arrivare a dosi uguali a quelle riportate, io ho provato in questi ultimi tempi a somministrare per via ipodermica cacodilato di soda a 30-40 ctg. al dì in nevrotici, in depressi, in astenici del sistema nervoso. I risultati ottenuti anche in questi casi sono incoraggianti. Di essi riferirò più estesamente appena sarò in possesso di dati più sicuri.

Io vorrò estendere inoltre le mie ricerche, con questo metodo, alle forme luetiche del sistema nervoso, alternando eventualmente pe-

riodi di alte dosi di cacodilato di soda con preparati mercuriali. Non ho potuto finora fare delle esperienze in questo senso. Incomincerò appena se ne presenterà l'occasione.

E desidererò di provare se si possano ottener vantaggi speciali nelle forme coreiche — nelle forme tubercolari del sistema nervoso — ed in tutti quegli altri casi di malattie nervose in cui l'arsenico si è dimostrato efficace.

* * *

Altri potranno risolvere le questioni di indole farmacologica che da queste applicazioni terapeutiche derivano. Alcune delle quali si presentano ovvie e spontanee alla semplice enunciazione dei fatti sopra ricordati.

Perchè l'arsenico, sotto la forma di cacodilato di soda è tollerato, dall'organismo, in quantità così relativamente enormi?

E come agisce il cacodilato di soda sull'organismo ammalato, quando questo presenta delle contratture o rigidità in alcuni od in molti gruppi dei suoi muscoli? Come agisce quando abbassa, in misura assai notevole, secondo quanto riferisce Lhermitte, la pressione degli arteriosclerotici?

Purtroppo, io non sono in condizione di poter rispondere, in modo soddisfacente e preciso, a tali domande.

Posso tutt'al più avanzare qualche ipotesi, sulla base di fatti conosciuti ed ammessi.

Noi sappiamo che, dei preparati arsenicali, qualcuno è altamente tossico. Ci risulta che pochi centigrammi di anidride arseniosa (meno di dieci) sono sufficienti a dare la morte. I fenomeni che si possono constare in tale avvelenamento sono costituiti essenzialmente — ed in parte già ricordati — da una imponente, generale dilatazione dei capillari sanguigni del tubo gastro-enterico — da alterazioni a carico del rene, che si manifestano clinicamente con cilindri nelle orine, albuminuria ed ematuria — ed in seguito da degenerazione grassa constatabile in parecchi organi (fegato, milza, cuore e reni).

Il cacodilato di soda invece, a dosi più di venti volte maggiori non dà disturbi simili a quelli ai quali ho accennato (dico venti volte, perchè non ho creduto di andar più oltre nelle mie esperienze — ma forse la tollerabilità dell'organismo umano per tale composto arsenicale può essere ancora maggiore di quella sperimentata).

In base alle conoscenze che noi possediamo, la ragione potrebbe essere la seguente. Il cacodilato di soda, composto di arsenico e di carbonio, per la sua composizione chimica, non presenta joni dissociati. E siccome l'arsenico sull'organismo ha influenza per i suoi joni liberi, in tale composizione, se essa non potesse variare, non agirebbe affatto. Gli effetti che si ottengono sono appunto dovuti a parziali riduzioni, decomposizioni o trasformazioni (probabilmente ossidazioni) che avvengono a contatto dei liquidi organici. In questo caso di joni-arsenico, messi in libertà, potrebbero avere un'azione assai spiccata — e di essi l'organismo si servirebbe solo, fino ad un certo punto, per quanto ne abbisogna. La sua utilizzazione sarebbe paragonabile, sotto taluni aspetti, a quella del calomelano: il quale anche, per essere utile, deve essere trasformato — colla differenza però che, nel caso del calomelano, per essere questo un preparato insolubile, la trasformazione, affinchè esso possa prima agire e poi eliminarsi, va fatta al completo: invece il cacodilato, per la sua solubilità, può, nella parte che non è stata trasformata, attraversare l'organismo senza effetti di alcun genere, sia utili che nocivi.

In riguardo al modo di azione del cacodilato di soda — e rispettivamente degli altri preparati arsenicali proposti da Sicard e da Lhermitte — sui fenomeni di rigidità e di contrattura e sulla ipertensione arteriosa, noi abbiamo pochi dati che ci permettano di interpretarne il meccanismo.

Sicard, coi suoi collaboratori (Haguenau, Kudelsky) aveva ritenuto che si producessero, nei trattamenti arsenicali intensivi delle nevriti leggere, le quali avrebbero agito diminuendo il tono muscolare: come succede, in certo qual modo, colla sezione di radici posteriori o di tronchi nervosi nei casi di ipertonicità (diminuzione della contrattura degli adduttori nella malattia di Little, con vantaggio talora grandissimo nella deambulazione). Sicard si basava, per dar valore alla sua ipotesi sulla mancanza dei riflessi achillei in taluni dei suoi ammalati (che egli attribuiva all'azione elettiva dell'arsenico sulle fibre nervose periferiche, e nel caso particolare su quelle dello sciatico popliteo interno).

Lhermitte non accetta tale interpretazione, ed io non ho dati per confermarla.

L'interpretazione dei risultati ottenuti o che si possano ottenere con questo metodo è quindi ancora assai difficile (1).

---

(1) V. a questo proposito: J. A. SICARD. *Traitement de la syphilis nerveuse par les injections novarsenicales à petites doses répétées et prolongées.* — « Presse Méd. », 1920, n. 29, p. 281.

Lhermitte è più propenso ad ammettere un'azione dell'arsenico sui centri nervosi: dimostrata, secondo il suo modo di vedere, dai disturbi psichici (euforia, agitazione psicomotrice) che possono presentarsi ad un certo momento della cura (e che consigliano la interruzione della medesima: interruzione, sia detto qui incidentalmente, che va fatta pure quando si manifestino fenomeni gastro-enterici od epatici — ittero — o di qualsiasi altra natura che stiano ad indicare l'intossicazione). Teniamo conto, a questo proposito, del dato ammesso, che l'arsenico manifesta per lo più la sua azione non per mezzo di processi chimici, ma perchè agisce sul protoplasma e sui processi vitali del medesimo — ed inoltre che esso in talune circostanze è attivo contro i tessuti patologici, mentre rispetta i tessuti sani. Anche nel caso nostro, il tono e la contrattura sono modificati nella muscolatura affetta, mentre non si hanno effetti apprezzabili nelle parti non ammalate.

Per quanto riguarda l'effetto ipotensore dell'arsenico ad alte dosi, esso potrebbe essere dovuto alla sua azione vasodilatatrice. Si sa infatti, e l'abbiamo già ripetuto, che fra le prime manifestazioni dell' arsenico usato in dosi alquanto elevate vi sono le iperemie delle mucose ed anche della superficie cutanea. La vasodilatatrice periferica e delle mucose potrebbe quindi essere chiamata in causa a spiegare l'abbassamento della pressione del sangue dovuto all'arsenico. Io credo che, almeno provvisoriamente, tale interpretazione potrebbe essere messa fra quelle possibili — salvo ad essere confermata poi, in tutto od in parte, con esperimenti adatti al caso ed esaurienti.

Nota. — Le dosi di cacodilato di sodio adoperate dall'A. sono molto elevate e lontane da quelle in uso nella comune terapia. Il metodo, che è ricco di promesse in malattie nelle quali le comuni pratiche terapeutiche riescono poco efficaci, deve però essere ancora largamente sperimentato: la sorveglianza del malato deve essere minuziosa ed oculata se si vogliono evitare inconvenienti, quali una larga esperienza potrebbe rivelare.

(*La Redazione*).

NOTE E CONTRIBUTI.

LABORATORIO BATTERIOLOGICO DEL COMUNE DI ROMA.

La pustola maligna trasmessa da pennelli da barba

per il dott. G. SAMPIETRO.

Ritengo opportuno, per alcune considerazioni pratiche che se ne possono trarre, riferire su un caso di pustola maligna verificatosi di recente a Roma in seguito all'uso di un pennello da barba inquinato con spore carbonchiose.

La natura carbonchiosa della pustola venne riconosciuta dal prof. Marchiafava per il tipico aspetto, la caratteristica areola vescicolare, l'edema sottomentoniero, la febbre elevata. Chi scrive fece ricerche batteriologiche con il materiale prelevato dalle pustole, dopo sollevamento della crosta superficiale, ma con risultato negativo per il bacillo del carbonchio ematico, essendosi nelle colture sviluppate solamente colonie di stafilococchi. Il prof. Marchiafava mostrò desiderio che le indagini batteriologiche fossero estese anche ad un pennello da barba, che il paziente aveva di recente acquistato.

Con i peli tagliuzzati dal pennello furono inoculate tre cavie introducendo il materiale in tasche cutanee dorsali; di esse una sopravvisse, una morì dopo 4 giorni per edema maligno, la terza soccombette dopo 5 giorni per infezione carbonchiosa.

La natura e l'eziologia della pustola, osservatasi nel caso su riferito, erano, così, perfettamente stabilite.

Il tipico reperto anatomo-patologico delle cavie, i risultati degli esami batterioscopici e culturali nel sangue e nella milza dell'animale, i caratteri morfologici e biologici del germe isolato, hanno stabilito con sicurezza che la cavia era morta per infezione da *Bac. anthracis*.

Questa osservazione si collega ad altre che di recente sono state fatte in Inghilterra ed in America.

Quantunque da molto tempo sia noto che le pelli, i crini, i peli provenienti da animali carbonchiosi possano essere causa di carbonchio in chi maneggia tali materiali, scarse osservazioni erano state fatte sino a poco tempo fa, su infezioni carbonchiose provocate da pennelli, da spazzole acquistate sul mercato. Un caso di pustola maligna sulla fronte prodotta da una spazzola da capelli fu descritto da Girode (*C. R. Soc. de Biol.*, 1893). ed un altro da Goldschmidt (cfr. De Giaxa, *Trattato di Igiene*, v. I) in persona che aveva comperato un pen-

nello proveniente da una fabbrica dove parecchi operai si erano ammalati di carbonchio.

Dopo l'inizio della guerra europea i casi di pustola maligna dovuti all'uso di pennelli da barba furono assai più frequenti. In una relazione presentata al « Local Government Board » nel 1917 sono raccolti 16 casi di pustole maligne dovuti a tale veicolo di infezione e altri casi sono stati descritti, sempre in Inghilterra, nel 1916 da Elworthy e nel 1917 da Eastwood e da Newsholme. Nell'esercito inglese vi furono dall'inizio della guerra al febbraio 1917 18 casi di pustola maligna fra i militari in patria e 28 fra quelli dislocati in Francia, nella maggior parte dei quali fu dimostrato che l'infezione era dovuta ai pennelli da barba, razionalmente sospettati anche per gli altri casi sui quali non fu possibile dare la prova assoluta.

Anche nella popolazione civile si ebbe una recrudescenza di pustole carbonchiose. Basset-Smith, in seguito a simili fatti verificatisi nella marina inglese, portò la questione al recente Congresso sanitario internazionale di Bruxelles.

Pure nei campi militari degli Stati Uniti di America si ebbero parecchi casi di pustola maligna dovuti all'uso di pennelli da barba inquinati con spore carbonchiose. Le indagini batteriologiche, a questo riguardo, sono state eseguite da Leake e Lederer, i quali, mediante prove colturali e biologiche, hanno trovato tre pennelli inquinati, su nove presi in esame, dei quali due acquistati sul mercato ed uno sospettato di essere la causa della pustola carbonchiosa verificatasi nell'individuo che lo aveva adoperato.

Questa maggiore diffusione di infezioni carbonchiose in seguito all'uso di pennelli da barba infetti, viene messo in relazione con le speciali condizioni dello stato di guerra. Ogni soldato inglese od americano essendo provvisto di un pennello da barba, i fabbricanti dovettero provvedere alla grande richiesta senza quelle cautele che erano prima in uso, sia per il luogo di provenienza dei peli, sia per la loro sterilizzazione con adatti procedimenti. Inoltre in Inghilterra furono incaricate del confezionamento dei pennelli alcune piccole manifatture senza prevenirle dei pericoli inerenti all'uso di peli provenienti da luoghi sospetti, quali la Russia e la Cina.

***

Il caso su riferito permette di fare alcune considerazioni praticamente importanti.

Pure trattandosi di una tipica pustola carbonchiosa, l'esame batteriologico del materiale da essa prelevato diede risultato negativo.

È una conferma di altre similari numerose osservazioni. Quando l'indagine viene eseguita tardivamente, come nel nostro caso, non si riesce a mettere in evidenza il bacillo del carbonchio, ma solo quei cocchi piogeni che Koch (*Mittheilungen*, v. I, 1881) ha dimostrato invasori secondari sempre più numerosi quanto più la pustola si fa antica; le misure di difesa verso il bacillo del carbonchio sembrano assai energiche da parte dell'organismo poichè concordi osservazioni dimostrano che esso diminuisce progressivamente nella pustola sino a scomparire completamente come ne fanno fede le indagini batteriologiche ed istologiche.

Un reperto batteriologico negativo non esclude quindi, come nel nostro caso, la reale natura carbonchiosa della pustola.

Un'altra osservazione va fatta sul metodo seguito per dimostrare l'eventuale inquinamento del pennello da barba, certamente criticabile. Mettendo in una tasca cutanea della cavia i peli tagliuzzati dal pennello, si correva il rischio di vedere morire l'animale di tutt'altra infezione, anche se realmente i peli fossero stati inquinati di spore carbonchiose. E pure fra i diversi procedimenti che furono consigliati a questo proposito, quello da noi seguito ci sembra ancora il più consigliabile.

Preferiscono alcuni di inoculare il liquido di lavaggio di peli, metodo insufficiente perchè non dà la garanzia che le spore aderenti ai peli siano trasportate nel liquido ed insufficiente anche quando si voglia concentrare il materiale batterico in esso sospeso, sia con la centrifugazione (Schnuerer, *Thieraerzte Zentralbl.*, 1912, v. 35, p. 260), sia mediante l'aggiunta di sostanze coagulanti e precipitanti, come si pratica per l'esame batteriologico delle acque, (Gruber, *Oesterr. Sanitätswesen*, 1895, v. 8, p. 60), sia con l'evaporazione nel vuoto a 90° C. (Schnuerer, *l. c.*).

Ma con tutti questi metodi si concentrano non solo le spore del bacillo del carbonchio, ma anche quelle dei bacilli anaerobi (bacillo dell'edema maligno di frequente reperto sui pennelli da barba; bacillo del tetano riscontrato in due pennelli su 6 esaminati da Leake e Lederer), le quali si sviluppano nell'organismo della cavia mascherando l'eventuale presenza di spore carbonchiose.

L'espediente escogitato da Gruber (l .c.) non ci sembra risolvere la questione. Per eliminare le spore degli anaerobi egli fa sviluppare le emulsioni in brodo del materiale sospetto in condizioni di perfetta anaerobiosi in modo che si sviluppino solo le spore degli anaerobiotici e sottopone poi la coltura all'azione del calore

per sopprimerne le forme vegetative; si comprende come tale sistema possa, piuttosto che diminuire, arricchire le sospensioni di spore di germi anaerobi.

Altri si preoccupano di eliminare i germi non sporigeni eventualmente presenti sul pennello. Gruber, ad esempio, riscalda la sospensione dei peli in acqua, per 15-30′ a 60-70° C.; Eurich (*Journ. of Path. a. Bact.*, 1912, v. 17, p. 249) preferisce riscaldare a 80° C. le sospensioni fatte in soluzione di potassa al 5 %; Leake e Liderer riscaldano a 80° C. per 10-30′.

Ma le infezioni che possono avvenire nella cavia per azione di germi non sporigeni eventualmente presenti sui peli dei pennelli sono così aleatorie, che si ovvia facilmente a tale inconveniente aumentando il numero degli animali.

In base a queste considerazioni forse è da ritenere che il metodo seguito è quello che può dare i migliori risultati.

***

Contro il pericolo, ormai dimostrato, dovuto ai pennelli da barba occorre un intervento statale. È ovvio che importazioni di pennelli da luoghi sospetti non devono essere permessi e che la fabbricazione di pennelli con peli provenienti da località sospette deve essere opportunamente sorvegliata. Era uso, prima della guerra, negli opifici che lavoravano pelli, crini, peli di mettere in opera quelle norme profilattiche che garantivano l'operaio ed il consumatore della merce. Tali espedienti devono essere rimessi in vigore sotto la sorveglianza della Autorità statale. L'invasione di pennelli da barba inquinati con spore carbonchiose e provenienti già confezionati dalla Cina e dal Giappone, frusta però l'azione profilattica che sul materiale bruto deve essere eseguita. A questo riguardo l'Inghilterra si difende proibendo le importazioni di pennelli da barba dal Giappone; gli Stati Uniti di America dando disposizioni per impedire lo smercio di pennelli da barba allestiti con materiale di provenienza sospetta, e non previamente sottoposti a misure di sterilizzazione, quali la bollitura in acqua per tre ore, l'azione del vapore di acqua per 6 ore, la sterilizzazione in autoclave. Perchè tali prescrizioni trovino un fattibile controllo è fatto obbligo ai produttori di porre la ditta o la marca di fabbrica su ogni pennello.

D'altra parte il Segretario della Associazione degli industriali inglesi dei pennelli, fa osservare che spore del carbonchio non furono mai riscontrate nei pennelli allestiti nelle fabbriche locali con peli di tasso o con setole di maiale; che gli industriali sterilizzano i peli provenienti dal di fuori e che i casi di pustola maligna son dovuti a pennelli confezionati con peli di cavallo o di capra di provenienza Siberiana, Cinese o Giapponese. Il pennello infetto del caso di Roma era pure di provenienza cinese.

Nell'attesa che le competenti autorità trovino gli opportuni mezzi per ovviare a simili gravi inconvenienti, è intanto necessario provvedere perchè i pennelli infetti importati siano resi inoffensivi. Il caso di Roma, qui ricordato, dimostra che pennelli inquinati con spore carbonchiose sono in commercio anche in Italia. Sappiamo anche che la Direzione Generale della Sanità pubblica ha provveduto al fermo presso la Dogana di Roma di partite di pennelli da barba provenienti dalla Cina ed, a giusta ragione, sospettati di essere inquinati con spore carbonchiose. Per non ledere gli interessi commerciali, ed anche a scopo profilattico individuale, si ritiene opportuno ricorrere a qualche espediente di disinfezione che dia sufficiente garanzia.

Trattandosi di pennelli da barba, già confezionati, non è possibile fare agire su essi il calore, che scioglierebbe il mastice che tiene uniti i peli nel manico; non è neppure possibile usufruire del sublimato sia perchè buona parte dei pennelli hanno una montatura metallica, sia perchè il sublimato, secondo le osservazioni di Geppert e di Ottolenghi, quando si abbia cura di neutralizzarlo convenientemente, dimostra di avere un assai scarso potere sporicida. Neppure l'acido fenico al 5 % può trovare una indicazione assoluta perchè secondo le osservazioni di Esmarch il grado di resistenza delle spore va soggetto a variazioni notevoli secondo la loro provenienza; ve ne sono che muoiono dopo 2 gg., ve ne sono altre che resistono sino a 40 gg.

Non si può fare affidamento sul tempo perchè le spore del carbonchio resistono per anni: Di Mattei (*Ann. Ig. Sper.*, 1894) dimostrò che le spore del bacillo del carbonchio erano ancora virulenti dopo 10 anni di essiccamento, resistenza che fu confermata da altri ricercatori, ad esempio da Aiello e Drago (*Gazz. Osp. e Clin.*, 1898, n. 3), che ebbero risultati positivi dopo 13 anni, e da Szekly (*Zeitschr. f. Hyg. u. Inf.*, 1903, v. 44, p. 359), il quale in vecchie culture di gelatina, mantenute alla temperatura ambiente ed alla luce diffusa, trovò spore virulenti anche dopo 18 anni e mezzo.

La luce solare diretta è invece assai efficace sulle spore del bacillo del carbonchio; secondo Roux sono sufficienti 20-30 ore di insolazione per uccidere le spore, ma l'azione dei raggi solari diretti non si avrebbe sui peli interni del pennello.

Di maggiore efficienza sembra essere la formalina, la quale, secondo Hammer e Feither (*Centralbl. f. Bakt.*, 1989, v. 24, p. 349), sarebbe il disinfettante di scelta per uccidere le spore del bacillo del carbonchio. Esperienze fatte a questo riguardo hanno dimostrato che le spore del carbonchio sono uccise in 2 ore dalla concentrazione 1 %, in 1 ora dalle concentrazioni 2-5 %, in 10' dalle concentrazioni 10-20 %.

Gli AA. americani, che si sono di recente occupati della questione consigliano di trattare i pennelli per 4 ore con una soluzione di formalina al 10 %, alla temperatura di 45° C, naturalmente agitando in modo opportuno la soluzione così che venga assicurato il contatto della soluzione sterilizzante con tutta la superficie dei peli liberi.

Anche i cresoli saponati potrebbero essere utilizzati allo scopo, purchè la loro azione si effettuasse a temperatura alquanto elevata, non inferiore ai 50° C.

Dal punto di vista pratico è da osservare che l'azione di tali disinfettanti si esplica solo sulla parte libera dei peli del pennello, non su quella contenuta nel manico che, per ragioni ovvie è la più carica di spore. Leacke e Liederer sopra 6 animali inoculati con il liquido di lavaggio dei peli liberi hanno avuto un solo caso di morte per carbonchio, mentre con gli estremi dei peli contenuti nel manico ebbero 12 casi di carbonchio su 24 animali inoculati.

Questa osservazione esclude la facile obbiezione che le spore carbonchiose si trovino sul pennello perchè adoperato da individui affetti precedentemente da pustola maligna; d'altra parte consiglia a dare un valore relativo alla sterilizzazione eseguita con i mezzi suesposti.

BIBLIOGRAFIA.

COUTTS. *Rep. of the Loc. Gov. Board*, 1917, n. 112.
ELWORTHY. *Lancet*, 1916, I, n. 1.
EASTWOOD. *Rep. of the Loc. Gov. Board*, 1917, pag. 10.
NEWSHOLME. Ibidem, p. XI.
LEAKE e LEDERER. *Am. Journ. of Public Health*, 1919, pag. 114.
Medical Record, 1920, II, pag 25.

SUNTI E RASSEGNE.

MALATTIE DEL FEGATO.

Quindici casi di ascesso epatico.

(PH. TALBOT: *British med. Journal*, 20 settembre 1919).

I rapporti del *Medical Research Committee* sulla frequenza dell'infezione da parte dell'*Entamoeba histolytica* non solo fra le truppe di ritorno dal Mediterraneo orientale, ma anche fra borghesi che non sono mai stati fuori di Inghilterra, aumenta l'interesse sulle complicazioni imputabili a questo parassita.

Diagnosticare il primo ascesso epatico che si vede non è facile: un ben noto manuale di malattie tropicali dà una lista di 20-30 segni di questa malattia. Lo studio seguente è desunto da 15 casi caduti nell'osservazione dell'A. mentre si trovava a Bagdad: egli cerca di dare il valore relativo dei singoli sintomi osservati e del trattamento, che possa servire di aiuto a quei pratici, che non hanno avuto l'opportunità di vedere mai tale affezione.

SINTOMI. — *La dissenteria nell'anamnesi* si ebbe in 6 casi: non ha molto valore perchè una larga proporzione delle truppe ospitavano l'ameba ed erano dissenterici.

La *febbre* fu presente in tutti i casi: continua in 9, remittente in 5; raramente sopra i 38°. Nei primi stadî è frequentemente interpretata come malarica o intestinale: in 6 casi si ebbe brivido, in 12 sudore.

Pallore, accentuato in 12 casi. In un caso lieve ittero.

Dimagramento in 14 casi; assai rapido non appena il pus si era formato.

Dolore locale alla palpazione fu presente in 14 casi: segno quindi assai utile per la localizzazione dell'ascesso. La sede più comune fu negli spazi intercostali sopraepatici, sulla ascellare: a ciò corrispose di solito un ascesso della parte posteriore del lobo destro. Se invece il dolore era sotto le coste, sul lato destro l'ascesso fu trovato vicino alla faccia anteriore del lobo destro. Irradiazioni dolorose si ebbero in 8 casi, principalmente alla spalla destra: in tre pazienti in cui questa irradiazione era particolarmente dolorosa si svilupparono poi delle complicazioni polmonari attraverso il diaframma. (Il diaframma e la cute della spalla destra sono innervati dal IV cervicale).

Aumento dell'ottusità epatica. In ogni caso si ebbe un'ingrossamento generale del fegato. In un caso, in cui l'ascesso era vicino alla faccia anteriore del lobo destro, si palpava una

massa rotonda sotto l'arco costale. Il limite superiore del fegato al dorso riuscì difficile a determinarsi date le frequenti complicazioni polmonari. L'esame radioscopico confermò lo ingrandimento del fegato.

Una *tumefazione locale* si ebbe in 9 casi: segno di notevole valore.

Varicosità epigastriche non si notarono in alcun caso.

Complicazioni polmonari si presentarono in 13 casi: in 12 alla base di destra, acquistando così importanza diagnostica. Fu osservato: crepitazione basale in 7 casi, polmonite basale in 4 casi, sfregamenti pleuritici in 3 casi.

Decubito. Non si notò alcuna posizione caratteristica.

Leucocitori. Costante nei 14 casi in cui fu fatta la conta leucocitaria: in media 18600. Polimorfonucleosi.

Rigidità del retto addominale di destra si osservò in circa la metà dei casi.

TRATTAMENTO. — Quattro dei casi precoci furono operati e drenati. In due dopo un'incisione epigastrica e dopo aver circoscritto con garza la superficie epatica, che si presentava dopo il taglio, si aprì l'ascesso. In ambedue si trovò l'*Entamoeba* nello scroto fuoriuscente dal tubo di drenaggio al 3° giorno, mentre non si era trovato nel pus evacuato al momento dell'operazione.

Gli altri due casi furono trattati col drenaggio attraverso la parete toracica. Localizzato l'ascesso per mezzo di una siringa e lasciato l'ago in posto, resecata la X costa sull'ascellare, inciso il diaframma sotto al livello pleurico e suturatine i bordi ai muscoli intercostali, circoscritta con garza la superficie epatica così esposta, fu aperto l'ascesso sulla guida dell'ago, e in esso introdotto un tubo di drenaggio, che venne suturato alla parete. Uno di questi casi morì istantaneamente, nella notte successiva all'operazione: in esso l'autopsia rivelò ulceri dissenteriche del colon, ascesso epatico drenato, e un altro più piccolo non raggiunto dall'operazione, e, infine, un coagulo premortale nel ventricolo destro e nell'inizio della polmonare.

Gli altri 11 casi furono tutti trattati con l'aspirazione per mezzo di una ordinaria siringa di vetro, munita di un ago, che veniva spinto in varie direzioni nel fegato fino a trovare l'ascesso. La siringa è più conveniente di un aspiratore e l'ago essendo di diametro più piccolo reca probabilmente meno danno al tessuto epatico. Quando il pus è nettamente formato, non v'è difficoltà ad estrarlo.

In 7 di questi 11 casi l'A. iniettò 60 cgm. di cloridrato di chinino, sciolto in acqua: però i 4 casi in cui tale iniezione non fu fatta andarono egualmente bene: non si può dire quindi se il chinino abbia dato giovamento. L'A. è più inclinato a non iniettare nulla, perchè il contenuto dell'ascesso è di solito sterile, e perchè una bassa pressione nella cavità, favorisca l'efflusso di linfa contenente emetina.

Dopo l'aspirazione in ogni paziente si praticò una iniezione ipodermica di 0,6 di cloridrato di ematina, una volta al giorno nella prima settimana e poi a giorni alterni fino a 12-14 iniezioni complessivamente. Una iniezione di ematina fu anche fatta, quando fu possibile, qualche ora prima dell'operazione, affinchè il primo siero, fluente dalle pareti dell'ascesso, contenesse ematina.

L'azione dell'ematina negli ascessi epatici sembra essere specifica, come quella del chinino nella malaria. L'A. ha visto oltre a questi 15 casi, altri 7-8 casi di epatite postdissenterica, probabilmente in uno stadio presuppurativo, che rapidamente risolsero con ematina.

Ascessi multipli si ebbero in 3 casi. La quantità media di pus fu di 250 gm; la massima di 900 gm. circa. Il colore del pus era giallo in 11 casi, grigio in 3: una sola volta fu visto il classico color cioccolata: ma va notato che il pus giallo diviene assai più oscuro esposto all'aria. In 8 casi il pus era sterile, in 3 conteneva l'*Entamoeba histolytica*, in 3 lo stafilococco, in uno il coli e in uno il piocianeo.

RISULTATI. — Quattordici casi guarirono completamente, uno morì come è stato descritto.

Secondo l'A. la maggioranza di tali casi può esser trattata con successo con l'aspirazione per mezzo di una comune siringa da siero da 20 cc. Non sembra necessario evacuare tutto il pus. Una volta diminuita la tensione nella cavità ascessuale il plasma trascinante emetina può passare attraverso le pareti ascessuali, ed esercitare il suo effetto letale sulle amebe presenti. Dopo la aspirazione la temperatura di solito cade subito al normale, il fegato diminuisce rapidamente e la convalescenza è rapida.

L'operazione aperta, con un tubo di drenaggio nella sostanza epatica, e cioè con una estremità in un organo delicato in costante movimento e l'altra nella più o meno rigida parete toracica, sembra poco fisiologica. Nel tipo dei casi osservati dall'A. egli ritiene che l'operazione aperta possa esser necessaria in casi eccezionali.

Da quanto egli ha visto sembra che gli ascessi tropicali in India siano di un tipo più acuto, abbiano un maggior effetto tossico sul paziente e siano più frequentemente multipli.

SEBASTIANI.

Sulla linguetta epatica, sintomatica della litiasi grave chirurgica del fegato.

(GOULLIOD. *La Presse médicale*, 3 dicembre 1919).

Quando la chirurgia epatica, col progredire della tecnica, da alcune lesioni superficiali acute, si è spinta ad attaccare le vie biliari profonde, spesso l'operatore ebbe la sorpresa di trovarsi dinanzi a una specie di ipertrofia localizzata, vera linguetta epatica, che, ad addome chiuso, era stata interpretata come una grossa vescichetta.

L'A. non pretende di fare una scoperta. Dal caso classico di Trousseau, che interpretò, e con lui tutti gli astanti, un tumore, che si sentiva sul bordo del fegato, come la colecisti distesa, mentre l'autopsia faceva vedere trattarsi di un grosso lobo di forma arrotondata, che «avrebbe messo in imbarazzo il chirurgo, che avesse voluto aggredire la pretesa vescichetta»; alle osservazioni dei tedeschi che vollero dare al lobo fluttuante di destra, che accompagna le lesioni della vescichetta, il nome di lobo di Riedel, dall'autore che ne descrisse sei casi; a Chauffard, che raccomanda nell'esame locale dei calcolosi di non confondere il fondo arrotondato della cistifellea con una deformazione frequente del bordo epatico nei calcolosi, la linguetta di Riedel: non mancano gli accenni degli Autori. Ma sembra tuttavia che a questa linguetta non sia stato attribuito il valore diagnostico che essa merita.

L'A. a questo scopo illustra alcuni casi clinici che sono caduti sotto la sua osservazione, pubblicando anche alcuni disegni assai dimostrativi presi durante l'atto operatorio.

Si tratta, in un caso, di una monaca di 46 anni che si lagna da 15 anni per lo stomaco, e che 7-8 mesi prima ha avuto una colica epatica con ittero accentuato. Essa presenta all'ingresso tutti i segni della ritenzione epatica; e all'esame locale, oltre a una resistenza sotto il bordo costale, si può percepire una linguetta epatica, il cui apice sorpassa di due dita trasverse le false coste: al disopra e all'interno di essa, il punto vescicolare è sensibile, mentre la cistifellea dà la sensazione di un piccolo rilievo profondo e durissimo. All'operazione, si trova ostruzione del coledoco, retrazione della cistifellea, contenente piccoli calcoli, grossa e spessa linguetta epatica, con lesioni sclerose alla base.

In un secondo caso si tratta di una donna di 49 anni, che soffre di coliche epatiche dall'età di 25 anni. Queste negli ultimi mesi sono state più frequenti, più dolorose e nello stesso tempo vomiti, dimagramento, ittero intermittente. All'ingresso: segni della ritenzione biliare, fegato ingrandito e linguetta assai pronunziata, con un bordo tagliente caratteristico. All'operazione: piccoli calcoli del coledoco con cistifellea aderente con piccolissimi calcoli; alla base della linguetta uno stato particolare del tessuto epatico, divenuto fibroso, che la stringe parzialmente.

Un terzo caso è alquanto differente. Donna di 54 a., con un passato di coliche epatiche; attualmente si lagna di dolori dopo i pasti, di vomito frequente, di anoressia e di debolezza, ma non presenta segni di ritenzione biliare. La palpazione rivela l'esistenza di una linguetta epatica. All'operazione: cistifellea piena di piccoli calcoli, grossa, non ancora retratta; due calcoli più importanti nel caledoco; la linguetta ha una forma un poco differente, a festoni.

Ai primi casi descritti Lopez ha dato il nome di *linguetta da stasi*: meglio sarebbe *linguetta da congestione*, senza pregiudizio del meccanismo patogenetico.

In un'altra forma si ha invece la *linguetta da trazione*: un calcolo si è arrestato nel cistico; la cistifellea è divenuta impermeabile alla bile, ma, continuando e accumulandosi la secrezione delle sue pareti, assume un grande volume. In questi casi o la colecisti si distacca per così dire dal bordo epatico, diviene mobile e peduncolata, senza che vi sia alcun ostacolo al suo aumento di volume e ai suoi spostamenti, ovvero, lasciandosi distendere, trascina da parte vicina del fegato e si forma la *linguetta da trazione*.

PATOGENESI. — I fattori di questa ipertrofia localizzata sono:

1° I fenomeni di congestione dovuti alla litiasi e alla ritenzione biliare.

2° La propagazione al margine del lobo destro dei processi di sclerosi perivescicolare, che accompagnano la colecistite e la peritonite sottoepatica.

3° La cause concomitanti delle deformazioni epatiche anteriori alla litiasi, congenite o acquisite (busto), una deformazione anteriore lieve ha potuto essere come moltiplicata dalle reazioni infiammatorie perivescicolari. L'A. ha osservato i casi più tipici nelle donne; ma si sono visti anche negli uomini.

4° Ricordiamo infine la questione più generale delle *ipertrofie localizzate dei differenti lobi del fegato* e i lavori di Glénard sulla *specificità della localizzazione epatica*. La quale è stato oggetto di numerosi studi e specialmente delle ricerche sperimentali di Sérégé, che confermano le vedute di Glénard, sull'indipendenza dei territori sia delle varie branche della

porta e dell'epatica, sia dei canali biliari nei diversi lobi del fegato.

NOTE CLINICHE. — Bisogna distinguere, dall'ipertrofia localizzata litiasica del fegato, altre deformazioni che possono con essa confondersi, ma sono ben differenti. Sono: le ptosi del fegato; i lobi migranti, congeniti e accompagnati da anomalie diverse; le deformazioni che si hanno nelle donne per l'uso di una cintura stretta o del busto.

In tutte queste deformazioni il bordo epatico è più facilmente riconoscibile, e il lobo che sorpassa il bordo costale simula meno una grossa cistifellea.

Quale è il *valore clinico* di questa ipertrofia localizzata? Quale la sua importanza diagnostica nella calcolosi? L'esame clinico permette spesso di riconoscere, a chi ne fa ricerca, la presenza di una linguetta epatica nelle litiasi avanzate, specialmente nei casi in cui l'incuneamento di voluminosi calcoli nel coledoce rende necessaria la coledocotomia, o meglio l'operazione di Kehr. Tuttavia, questa ipertrofia speciale non è costante nella litiasi grave; e non è neppure patognomonica; in quanto può riscontrarsi nel cancro della cistifellea e in certe angiocoliti (ma queste due malattie non sono forse spesso legate o secondarie alla litiasi?).

RIASSUMENDO: la coesistenza della linguetta e della litiasi profonda, chirurgica, è abbastanza abituale, perchè essa sia un segno importante di più da aggiungere a quelli di questa malattia.

In ogni caso è utile conoscere questa lesione anatomica per non confonderla con una cistifellea distesa. SEBASTIANI.

Ittero grave familiare dei neonati.

(M. ROLLESTON. *The Practitioner*, genn. 1920).

Nell'ittero grave familiare i bambini, poche ore dopo la nascita, divengono itterici, passano in uno stato di sonnolenza, e generalmente muoiono dentro una settimana, spesso con convulsioni.

Patogenesi. — Pfannenstied lo considerò come una forma intensa dell'ittero fisiologico: ma non solo v'è la grande differenza della prognosi, ma vi possono essere segni di tossiemia della madre durante la gravidanza.

In tre dei 25 gruppi familiari raccolti dall'autore (in 15 dei 130 casi) le madri ebbero ittero ricorrente durante la gravidanza. Un fatto simile è citato da Smith e da altri; mentre nel caso di Blomfield la madre aveva avuto vomito grave: quest'ultima associazione invero è eccezionale.

Contro questa ipotesi, che questa grave malattia sia dovuta a tossiemia materna, e che nella forma più completa l'ittero colpisca anche la madre, si può obiettare che di regola il bambino soffre assai più di questa, e che l'ittero non compare fino a dopo la nascita; ma è ovvio che obiezioni simili possono essere fatte anche alla trasmissione della sifilide congenita; e può aggiungersi che nell'obliterazione congenita dei dotti biliari v'è un ritardo simile e anche maggiore nell'insorgenza dell'ittero.

È da augurarsi che il metabolismo delle madri di bambini con ittero familiare sia ampiamente studiato, specie durante la loro gravidanza. Nel frattempo è da ritenere: che nella sua forma più completa la malattia è ereditaria, la madre divenendo itterica durante la gravidanza di bambini itterici, e che la forma familiare usuale è una manifestazione incompleta del processo morboso.

Etiologia. — Alcune famiglie sono notevoli per il grande numero di gravidanze: 15, 12, 11, 10 nei casi di singoli autori. Occasionalmente si ebbero aborti o parti prematuri. Alcuni riferiscono di condizioni robuste dei bambini, altri di soggetti piuttosto deboli. Sembra che siano meno attaccati i primo- o i secondogeniti rispetto agli ultimi nati: il primo nato sfuggì alla malattia in 14 delle 25 famiglie raccolte dall'A. Non risulta che la sifilide abbia importanza etiologica, sebbene ciò sia stato supposto. Il sesso non ebbe influenza: i casi in cui esso è citato riguardano 31 maschi e 31 femmine.

Anatomia patologica. — Colorazione biliare della maggior parte dei tessuti con predilezione per il nucleo lenticolare e altri nuclei del cervello, come nell'ittero fisiologico, mentre la corteccia è immune. Sono state descritte emorragie puntiformi nei visceri, ma la loro importanza è dubbia perchè non sono rare nei neonati. Fatta eccezione di un caso, non si riscontrò ostruzione dei dotti biliari.

Fatti clinici. — Da poche ore a 1-2 giorni dopo la nascita, di solito, appare un ittero afebrile progressivo; ma come in altre forme di ittero si hanno notevoli variazioni. I bambini possono nascere itterici. Le feci non sono acoliche; l'urina può o no contenere bile.

Le emorragie mancano. In pochi casi si ebbe epato- e splenomegalia. Il bambino diviene sonnolento e di solito muore dentro 14 giorni, spesso durante la prima settimana, per lo più con convulsioni.

La guarigione, dopo una sonnolenza prolungata, sembra più facile ad avvenire nei pri-

mi bambini della famiglia. In quasi tutti i casi riportati di questo ittero familiare la guarigione è stata completa. Uno dei casi di Morris, una bambina sopravvisse per 4 anni e mezzo, quasi sempre itterica.

Prognosi cattiva. — Dei 130 casi raccolti, in 100 si ebbe la morte. È possibile che il trattamento profilattico della madre durante la gravidanza migliorerà in avvenire la prognosi. Spiller ha pubblicato quattro casi di diplegia spastica susseguente alla guarigione di ittero intenso nel neonato, ma per nessuno di questi è stabilito che si trattasse della forma grave familiare. In rapporto con ciò e con la colorazione itterica (« *Kernicterus* ») dei nuclei cerebrali, nell'ittero grave familiare e nell'ittero fisiologico del neonato, è interessante ricordare il paragone di Wilson con l'azione elettiva di un veleno, probabilmente non microbico forse un lipoide, che determina una degenerazione bilaterale del nucleo lenticolare: degenerazione lenticolare progressiva che è costantemente associata con cirrosi epatica del tipo potale, non biliare, e spesso è familiare.

Diagnosi. — Occorre tener presenti gli altri itteri dei neonati. L'ittero semplice fisiologico o idiopatico si riscontra in un terzo di tutte le nascite. Alcuni anzi credono che sia universale; ed altri hanno trovato che il sangue della vena ombelicale contiene sempre bilirubina e che la quantità di bile nel sangue del neonato aumenta fino al terzo giorno di vita per poi cominciare a diminuire. L'ittero compare nei primi due giorni, più presto che nella forma infettiva grave. Mancano sintomi speciali.

Non è necessario alcun trattamento; e i due punti interessanti in questi casi sono: *a*) la differenziazione nei primi stadi della forma grave familiare; *b*) la causa determinante.

L'obliterazione congenita dei dotti biliari è accompagnata da epato- e splenomegalia e quasi sempre porta a morte entro otto mesi: è quindi forma relativamente cronica rispetto all'ittero grave familiare. Non è malattia familiare ma il primo caso di questa forma in una famiglia sarà difficile a essere identificato: l'ingrossamento del fegato e della milza e le feci acoliche starebbero per l'ostruzione. La patogenesi è stata molto discussa. Si ammette generalmente che non è dovuta a sifilide sebbene vi siano nella letteratura pochi casi di stenosi congenita, sifilitica del coledoco. Thomson, Milne e Lavenson credono che vi sia in primo tempo una aplasia o un restringimento dei dotti, che porta a una cirrosi ostruente.

L'A. pensa a una tossiemia materna determinante una cirrosi, cui segue una colangite obliterante discendente. La maggior parte degli autori ritengono che non tutti i casi sono dovuti allo stesso meccanismo.

Le forme infettive gravi di ittero, come quelle dovute a infezione ombelicale cutanea o intestinale, una volta si presentavano in epidemie, e nei vecchi anti-igienici ospedali erano causa di grave mortalità; ora sono rare. L'ittero insorge al 5° giorno di vita, più tardi che nella forma grave familiare ed è accompagnato dai segni di setticemia grave, da febbre alta, da emorragie specialmente ombelicali e gastro-intestinali. La malattia di Winckel (emoglobinuria epidemica con colorazione bronzina della pelle) e la malattia di Buhl (degenerazione grassa acuta) sono manifestazioni di questa setticemia del neonato, con origine probabilmente intestinale. Prognosi assai grave. Trattamento: siero antistreptococcico, lavande dell'intestino, somministrazione di antisettici intestinali come piccole dosi di calomelano.

Nella *melaena neonatorum* l'ittero è spesso presente.

L'ittero emolitico splenomegalico congenito potrebbe con difficoltà chiamarsi una malattia: è riconosciuto dalla fragilità caratteristica delle emazie poste a contatto con soluzione ipotonica. La sifilide congenita spesso non dà ittero: il quale, nel caso, è precoce ed è accompagnato dagli altri segni della malattia, come ingrossamento del fegato e della milza. In questi casi possono avvenire infezioni piogeniche secondarie.

Trattamento. — Nell'ipotesi che l'ittero grave familiare del neonato sia dovuto a tossiemia fetale di origine materna, la profilassi dovrebbe consistere nella cura della dietetica della madre, e nella somministrazione di antisettici intestinali e biliari, come esamina, salicilato di sodio, minime dosi di calomelano, tetracloruro di naftalina, salolo, guaiacolo.

Il bambino sarà trattato con piccole dosi di calomelano, che avrebbe, secondo alcuni autori, arrecato giovamento, e ad esso non sarà dato il seno.

SEBASTIANI.

Preghiamo i nostri lettori dall'astenersi di richiedere nella « Posta degli abbonati » notizie bibliografiche

Il nostro giornale ha una rubrica « Cenni bibliografici » in cui sulle opere più moderne e più importanti si richiama l'attenzione dei lettori.

Inoltre nell'indice di ogni annata, redatto con estrema diligenza, si può facilmente ritrovare la indicazione degli articoli più recenti, dei maestri più autorevoli.

Si fa pure viva preghiera di non domandare giudizi « su casi particolari »: nessun diagnostico, nessun consiglio terapeutico può razionalmente essere fornito a distanza, senza la visione del malato.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

XIV Congresso francese di medicina.

(Bruxelles, maggio 1920)

Sifilide dell'apparato cardio-vascolare.

Sifilide vascolare sperimentale. (BAYET). — I lavori attuali non permettono ancora di risolvere il problema della patogenesi delle lesioni vascolari da sifilide. Soltanto le ricerche di Vanzetti, che datano dal 1911, gettano qualche luce sull'argomento. L'apposizione ai tronchi vascolari di prodotti ricchi in spirochete ha permesso a tale autore di provocare lesioni che ricordano quelle dell'arterite e dell'aneurisma sifilitici.

Le lesioni arteriose possono prodursi anche a distanza, senza diretto intervento della spirochete.

Il meccanismo di produzione delle lesioni nella sifilide vascolare può spiegarsi o mediante la colonizzazione della spirochete nei tessuti del cuore e dei vasi (ciò che è poco probabile), o con l'azione delle tossine emanate dalle spirochete annidate in qualche punto dell'organismo, oppure per un processo di sensibilizzazione dell'organismo, in modo che questo sia più sensibile ad irritazioni da cause extrasifilitiche.

Trattamento delle aortiti sifilitiche. (VAQUEZ, LAUBRY e DONZELOT). — Nelle forme non complicate da insufficienza cardiaca deve essere rapido ed energico e comprendere: *a*) una cura arseno-mercuriale (7-8 iniezioni endovenose di arsenobenzoli da 10 a 45 cg., a distanza di 8 giorni, facendo, a giorni alterni nell'intervallo, iniezioni endovenose di 1-2 cg di cianuro di mercurio); *b*) una cura jodata (iniezioni endomuscolari di preparazioni oleose. La cura va ripetuta, nei primi tempi, ogni 3-4 mesi.

In caso di insufficienza cardiaca, utilizzare soltanto il mercurio e lo jodio, associandoli ai cardiotonici.

La sifilide vascolare. (ETIENNE). — *a*) *Arteriosa*: la sifilide si trova nell'80-85 % dei casi di aortite semplice, sia toracica che addominale. Il punto di elezione è la zona sopra-sigmoidea, donde il processo si estende alle sigmoidi e può giungere alla mitrale. Anche senza lesione vescolare si può avere una sindrome di insufficienza aortica funzionale, la malattia di Hodgson.

Questi due tipi di insufficienza differiscono da quella di natura endocardica e di origine reumatica, e sono caratterizzati da un complesso più esteso di arteriosclerosi, con arterie dure, nefrite sclerosa, ipertensione.

L'aortite sopra-sigmoidea sifilitica può interessare l'orificio delle coronarie, determinare una coronarite, e, consecutivamente, miocardite, insufficienza ventricolare sinistra, *angina pectoris*, asistolia acuta, sindrome dell'edema polmonare acuto. L'arterite sifilitica, inoltre, è il substrato anatomico degli aneurismi. In ogni caso d'aortite, in cui l'origine reumatica non sia netta, è consigliabile la cura specifica, che, se non altro, si opporrà allo sviluppo di nuove lesioni. L'O. consiglia di diffidare degli arsenobenzoli e di fondarsi sul mercurio;

b) *Sifilide vascolare venosa*: è di una rarità soltanto apparente e di evoluzione insidiosa. Può interessare le vene superficiali, quelle profonde e quelle viscerali; può dare gomme delle vene ed ulceri varicose. Punto di elezione della flebite sifilitica è la safena interna; anche la *phlegmasia alba dolens* può essere espressione di tale processo.

Si possono avere nei visceri lesioni di periflebite gommosa con endoflebite di contiguità.

Importanti sono le lesioni splacniche di origine vascolare, fra cui la nefrite e l'ulcera gastrica.

I lipoidi in patologia.

Considerazioni bio-chimiche sui lipoidi (E. ZUNZ). — Le definizioni dei lipoidi, basate sulle proprietà fisiche o chimiche, non reggono più al giorno d'oggi. È solo fondandosi sulle proprietà di chimica-fisica che si possono definire tali composti, che nella loro fase dispersa (sciolti in solventi organici) hanno la caratteristica di contrarre un legame col solvente. A differenza delle proteine possono disperdersi in solventi acquosi come in quelli organici, ed abbassano la tensione superficiale di questi ultimi. Per l'acqua di combinazione possono formare dei *gel* e delle strutture a funzione di membrane.

Dal punto di vista chimico i lipoidi si dividono in *fosfatidi*, contenenti azoto e fosforo (lecitina, cefalina, sfingomielina), in *cerebrosidi*, che contengono azoto ma non fosforo (cerasina, frenosina), ed in *solfatidi*, che contengono zolfo. La colesterina sarebbe un semilipoide, che presenta dispersione colloidale anfofila, secondo la concentrazione del solvente. Lipoidi e semilipoidi formano parte integrante del protoplasma cellulare, i fosfatidi e la colesterina hanno parte importante nel metabolismo dei grassi.

Il contenuto di fosfatidi nel sangue aumenta nell'eclampsia, amenorrea, obesità, sifilide; diminuisce nell'emofilia, tubercolosi, stati cachettici. I risultati terapeutici diversi, ottenuti con le lecitine del commercio, sono dovuti alle notevoli impurità che le accompagnano: solo quando si potrà avere una conoscenza perfetta della costituzione chimica dei lipoidi e delle loro proprietà fisiologiche, si potrà farne un uso razionale.

I lipoidi in patologia. (CHAUFFORD, GAY, LAROCHE, A. GRIGAUT). — Fisiologicamente i lipoidi circolanti subiscono variazioni, secondo le condizioni di alimentazione: la colesterina aumenta notevolmente nel sangue della gravida; i lipoidi fissi variano secondo gli organi.

I lipoidi circolanti seguono, durante le infezioni, una curva proporzionale a quella termica; solo al momento della defervescenza le due curve prendono direzioni diverse e si incrociano. L'ipercolesterinemia è tipica nella litiasi biliare e nello xantelasma. I lipoidi fissi sono scarsi nelle infezioni acute, aumentano invece nelle infiammazioni croniche.

L'ipercolesterinemia può essere *passiva* — sotto forma di ritenzione — *d'origine epatica*, ed *attiva*

— sotto forma di ipergenesi — di *origine endocrina* (surrenale od ovarica).

Alla prima varietà corrispondono la formazione di calcoli biliari e di xantelasma, la seconda dà spiegazione di processi patologici molto diversi, quali la retinite degli albuminurici, delle gravide, le placche d'ateroma aortico, l'arco senile della cornea, la sinchisi scintillante. Ogni varietà causale di ipercolesterinemia può avere le sue modalità cliniche particolari, le sue affinità di precipitazione colesterinica.

I lipoidi nell'infezione e nell'immunità. (G. LINOSSIER). — I dati attuali non ci permettono di stabilire quale parte rappresentino i lipoidi nel favorire l'attacco dell'organismo da parte degli agenti infettivi, o nella difesa contro questi. Durante le infezioni si verificano variazioni nella proporzione dei lipoidi; la lipoidemia è probabilmente da attribuirsi a diminuzione dei lipoidi negli organi, in alcuni dei quali può diminuire il contenuto di tali sostanze, in altri invece può aumentare. È certo che tali variazioni devono modificare le proprietà degli organi stessi; nei diversi fenomeni vitali i lipoidi intervengono quasi costantemente, in concomitanza con altre sostanze.

Il valore terapeutico del pneumotorace artificiale.

Effetti e risultati del pneumotorace nella tubercolosi polmonare. (R. BURNAND). — Gli effetti più salienti si osservano sulla *tosse*, che si attenua rapidamente fino alla scomparsa; sull'*espettorazione*, che alle prime sedute aumenta molto, come se il polmone si svuotasse, e poi va rapidamente scomparendo; sull'*emottisi*, su cui l'azione del pneumotorace è efficace se non costante; sulla *febbre*, che, nei casi favorevoli, si abbassa: possono poi aversi attacchi febbrili intercorrenti, dovuti a cause diverse, quali riassorbimento di gas, la complicazione pleurale, la flemmasia del lato opposto.

Si notano inoltre miglioramenti nello stato dispnoico, ne' dolori puntori, nello stato generale.

La clinica e l'anatomia patologica dimostrano l'azione curativa del pneumotorace; si deve ottenere una compressione progressiva, che deve essere mantenuta a lungo. L'introduzione del pneumotorace ha trasformato la pratica della tisioterapia, permettendo di ottenere guarigioni vere e durature.

Complicazioni del pneumotorace artificiale. (DERSCHEID e GEERAERD). — L'unica degna di nota è l'essudato pleurico, che si trova nel 40-50 % dei casi, secondo alcuni, e solo nel 20 % secondo gli OO. Esso va attribuito ai bacilli di Koch, all'irritazione meccanica da parte del gas, ai disturbi nutritizi della pleura, ecc.

Si ha di solito riassorbimento graduale, talvolta si nota trasformazione purulenta. Gli OO. sconsigliano le toracentesi ripetute, che sono inutili.

Indicazioni del pneumotorace artificiale. (DUMAREST). — Tale procedimento terapeutico è consigliato anzitutto nelle forme ulcerose estensive localizzate e caseose congestizie dei giovani, ad evoluzione rapida, poi in quelle fibrocaseose a grande predominanza unilaterale, in cui l'indicazione è data dalla tendenza alla caseificazione, all'emottisi e dall'attività evolutiva.

Stabilito l'intervento, la questione del grado di sviluppo della malattia ha importanza secondaria; è opportuno che l'intervento sia precoce. *L'unilateralità delle lesioni non è una condizione assoluta*, la laringite tubercolare non costituisce controindicazione.

Una certa riserva va invece fatta per le localizzazioni intestinali.

Fra le indicazioni speciali sono da ricordarsi quelle extratubercolari (ascessi e gangrene polmonari, cisti idatidee, dilatazioni bronchiali, ecc.); nel corso della tubercolosi si otterranno buoni risultati col pneumotorace, in casi di empiema, emottisi, pneumotorace spontaneo, pleurite.

Comunicazioni diverse.

Relazione fra glicosuria e glicemia. (KNUD FABER e A. NORGAARD). — Vi sono due fattori nella produzione della glicosuria, cioè il contenuto in zucchero del sangue (glicemia) e la capacità del rene di trattenere lo zucchero sanguigno.

La *soglia della glicosuria* (il contenuto in zucchero del sangue, oltre il quale comincia la glicosuria), misurato col micrometodo di Bang, varia nei diabetici da 0.09 a 0.19 % (di massima da 0.14 a 0.17) indipendentemente dall'età e sesso del malato e dalla durata della malattia. Sembra che tale valore sia caratteristico per ogni individuo; più esso è basso e più facilmente si avrà glicosuria dopo alimentazione con idrati di carbonio, in qualche caso esso è assai prossimo al limite della glicemia normale.

Trattamento della porpora idiopatica con le iniezioni di siero. (COHEN). — Resoconto di 6 casi trattati con una o due serie di quattro iniezioni di autosiero o di siero di cavallo. Le macchie impallidiscono verso il 10° giorno e più non recidivano. L'O. è stato condotto a tale motivo di trattamento dall'analogia fra gli stati morbosi dovuti a fenomeni di intossicazione ed i sintomi della porpora idiopatica (artralgie, disturbi gastro-intestinali, edemi locali, ecc.). Unico inconveniente sarebbe la comparsa fugace di malattia da siero.

È il timo una ghiandola endocrina? (A. P. DUSTIN). — Da osservazioni istologiche e fisiologiche l'O. conclude che il timo agisce come centro di regolarizzazione e di ripartizione delle nucleine e dei loro derivati nell'organismo. Esso non agisce, come una vera ghiandola, per la sua secrezione, ma per la fissazione di sostanze del gruppo dei nucleoproteidi. Dalle nozioni sull'intervento del timo nel ciclo biologico delle nucleine energogene ed istiogene, l'O. trae importanti conclusioni sulla patologia del timo, sulle formazioni linfoidi, sui tumori, ecc.

Obliterazioni arteriose nella tubercolosi. (RÉNON e MIGNOT). — Relazione di due casi di obliterazione dell'arteria omerale e femorale, in tubercolotici che morirono poi in seguito alla gangrena dell'avambraccio e della gamba. La diagnosi era stata precisata con l'oscillometro Pachon, che aveva mostrato che le oscillazioni da parecchie divisioni erano cadute a mezzo e ad un quarto di divisione.

FILIPPINI.

XXVIII Congresso Francese di Chirurgia.

Il trattamento del cancro della lingua col metodo cruento

(SEBILEAU e VALLAS, relatori. *La Presse Médicale*, n. 59, 1919).

I. IL CANCRO VA ESTIRPATO ALL'INIZIO DELLA SUA APPARIZIONE. — Purtroppo si vede raramente un cancro linguale al suo periodo iniziale, sia per indifferenza del malato per il fatto che il cancro si sviluppa su una leucoplasia antica e benigna, sia per errore del medico che sa la leucoplasia d'origine luetica.

II. LA GRAVITÀ DEL CANCRO E L'INSUCCESSO DI UN INTERVENTO TARDIVO dipendono in parte dalla grande ricchezza linfatica della lingua, per cui il cancro vi si propaga con una tale rapidità che alcuni autori considerano come trascurabile la fase strettamente locale; in parte dal fatto che la lingua spesso non è sola in causa e la maggior parte degli interventi richiedono delle incisioni e delle exeresi così estese, in una regione profonda e vitale, che la prognosi ne è estremamente offuscata.

III. L'ESTIRPAZIONE CHIRURGICA È IL SOLO TRATTAMENTO ATTUALMENTE APPLICABILE. — L'elettro-coagulazione e gli agenti fisici in generale hanno fallito; il radium non è da solo capace di far scomparire un cancro chirurgicamente attaccabile e non può agire che a titolo complementare. Controindicazioni all'atto chirurgico sono: 1° l'estensione al solco glosso-epiglottico e all'epiglottide; 2° l'invasione dei due pilastri e della amigdala; 3° l'infiltrazione profonda del mascellare; 4° l'invasione delle due metà della lingua al di là della linea orizzontale; 5° l'ingorgo glandolare a forma infiammatoria e mal circoscritta.

IV. CHE BISOGNA INTENDERE PER ESTIRPAZIONE RADICALE DEL CANCRO? — Per la maggior parte dei chirurgi è l'estirpazione larga di ciò che sulla lingua e sui gangli è clinicamente malato o sospetto. Altri vi aggiungono tutti i gangli suscettibili di essere invasi; altri, infine, estirpano lingua, gangli e tessuti intermediari con le catene linfatiche. Sebileau rigetta con Butlin l'amputazione totale della lingua, di cui il beneficio non gli sembra valere un tal sacrificio, a prezzo di una operazione gravissima e fortemente mutilante; rigetta ugualmente l'emiresezione totale fino agli attacchi profondi della lingua. Quale che sia la rapidità di propagazione del cancro dall'avanti all'indietro, i risultati dimostrano il beneficio ricavato da una amputazione moderata, realizzabile spesso per le vie naturali, facili ad ingrandire con lo sbrigliamento della commessura labiale. Ed è a questo intervento che Sebileau dà la preferenza. Anche la linfadenectomia sistematica dev'essere condannata come eccessiva ed incapace di raggiungere il suo scopo, per le ragioni che è impossibile di fissarne con precisione i limiti, che essa non mette al riparo dalle recidive e che l'esperienza dimostra la possibilità di guarigione durevole con una exeresi limitata ai territori clinicamente malati o sospetti. Anche la linfangectomia sistematica deve essere rigettata.

V. LE VIE D'ACCESSO SULLA LINGUA. — 1. *Le vie naturali.* — È la via di scelta per i cancri della metà anteriore della lingua, a condizione di non esitare a farsi largo con l'incisione commessurale uni- o bilaterale, ed anche con una resezione più o meno larga del piano alveolare del mascellare per certi cancri parieto-linguali.

2. *La via trans-parietale.* — Mediana, è profonda ed oscura; laterale, è la via di scelta per le lesioni della metà posteriore della lingua.

3. *La via trans-mascellare.* — Riservata ai cancri propagati al pavimento, sarà, secondo le preferenze, mediana o laterale (resezione totale o parziale, temporanea o definitiva).

VI. I PRELIMINARI OPERATORI. — *a)* L'anestesia deve essere fatta lontana, per es., con la puntura intercrico-tiroidea e l'applicazione della cannula di Butlin. *b)* La legatura della carotide esterna non è indispensabile, ma raccomandabile per i grandi benefici che può rendere.

VII. TECNICA DELL'ESTIRPAZIONE DEL CANCRO DELLA LINGUA. — 1. *Per le vie naturali.* — Anche con adenopatia sottomascellare e carotidea, estirpare per la bocca, al bisogno allargata, tutti i cancri anatomicamente suscettibili d'essere tolti per questa via. Operare in una sola seduta, tutte le volte che lo stato del malato lo permette, cominciando con l'adenectomia; se bisogna operare in due sedute, cominciare dalla lingua.

2. *Per la via trans-parietale.* — È utile, per diminuire i rischi operatori, di frammentarli; ma, data la necessità di togliere in blocco lingua e gangli sottomascellari, se ne farà l'exeresi in un tempo dopo legatura della carotide esterna, se l'adenopatia è limitata al triangolo anteriore (g. sopra-ioidei, sottomascellari, giugulari anteriori); si farà in una o due sedute l'exeresi di tutti i gangli malati, salvo dei sottomascellari omolaterali, e l'exeresi di questi ultimi e della lingua in una seduta ulteriore, in caso di adenopatia dei triangoli anteriore e posteriore (g. giugulari posteriori e sopraclavicolari).

VIII. PROGNOSI. — L'amputazione per la bocca, a parte i rischi di emorragia tardiva, è abbastanza benigna: le vie transparietale e transmascellare sono di gravità crescente; tutte s'accompagnano fatalmente a suppurazione ed aprono la porta alle infezioni secondarie. È difficilissimo apprezzare i fattori di mortalità (sede ed estensione delle lesioni, gravità dell'atto operativo, resistenza del soggetto) e stabilire le cifre di mortalità (5 % per la via orale, 30 % per la transparietale, 40 % per la transmandibolare).

IX. LA GUARIGIONE E LA SOPRAVVIVENZA. — Si esita sempre a pronunciare la parola di guarigione in materia di cancro. Si calcolano in genere a 40 % le sopravvivenze che sorpassano i tre anni nei casi di cancri precocemente operati. Molto più rare sono le sopravvivenze per cancri avanzati ed operati per le vie parietali o mandibolari, e, malgrado l'esiguità del numero, ogni chirurgo ha il dovere di perseverare in questa chirurgia necessaria, ma piena di decessi.

SECONDA RELAZIONE (VALLAS).

I trattamenti preventivi del cancro della lingua (agenti fisici, folgorazione, radium), i diversi sali d'oro, di selenio, ecc., i metodi palliativi (legature atrofizzanti) non hanno affatto corrisposto alle speranze e l'ultima parola rimane tuttora affidata al bisturi.

I. TEMPI PRE-OPERATORÎ. — È indispensabile: 1° di preparare accuratamente la bocca degli operandi; 2° di evitare l'invasione da parte del sangue delle vie respiratorie, o con la posizione di Rose (incomoda per l'operatore e per la respirazione del malato) o con la tracheotomia (vantaggiosa ma non ancora adottata dalla maggioranza dei chirurgi).

Per l'anestesia i più dànno la preferenza al cloroformio, basandosi sulla frequenza delle polmoniti post-operatorie. Sarà bene far precedere la narcosi da una iniezione di morfina o di scopolamino-morfina. In molti casi si può tentare l'anestesia regionale.

II. TEMPI OPERATORÎ. — L'operazione in due sedute è sconsigliabile. Per il tempo orale i chirurgi hanno adottato una via sempre più larga, dalle semplici exeresi di Louis fino alle sezioni ossee di Roux e Sédillot passando per gli sbrigliamenti commessurali di Jaeger e di Maisonneuve, per arrivare alle resezioni più o meno estese ed all'impiego della via sottomascellare. Per il tempo ganglionare medesima evoluzione, dalla piccola incisione sottomascellare di Michel fino alle incisioni stellari di Morestin con vuotamento largo di tutte le logge ganglionari.

III. TECNICA DELL'ESTIRPAZIONE. — 1° *tempo*: *Incisione*. — Destinata a permettere l'ablazione in blocco della lingua, dei gangli e dei tessuti intermediari, a rispettare il più possibile la maschera facciale nei suoi tegumenti e nella sua motilità, e a preparare l'applicazione di un apparecchio di protesi, essa sarà parallela al bordo inferiore del mascellare, a 2 cm. al disotto e si estenderà dalla linea mediana al bordo anteriore dello sterno-mastoideo.

2° *tempo*: *Svuotamento linfatico*. — Legatura del tronco venoso tiro-linguo-facciale e delle arterie facciale e linguale alla loro origine; poi scollamento in massa di tutto il blocco cellulo-linfatico della regione sottomascellare, spinto fino alla piega gengivo-labiale in fuori e alla mucosa del pavimento dentro, con sacrificio del milo-ioideo strada facendo.

3° *tempo*: *Estirpazione della lingua*. — Se si tratta di cancro della porzione mobile, sezionata la mucosa rasente l'osso, si attira la lingua nella breccia e si reseca largamente il tumore con le forbici o si seziona tutta la porzione mobile, se il tumore sorpassa la linea mediana; si respinge il moncone nella bocca; lo si sutura attraverso la bocca stessa e si accollano i fili, conservati lunghi, sulla guancia; chiusura del pavimento sempre per la bocca, e infine sutura della ferita sottomascellare con drenaggio.

Se si tratta di cancro della base, dopo esportazione bilaterale dei gangli con la classica incisione a ferro di cavallo, si sezionano per la via trans-ioidea i diversi peduncoli muscolari della lingua, finchè questa cade nelle mani dell'operatore, che ne fa l'ablazione totale. Si chiude come si può la breccia così creata, utilizzando la mucosa, il moncone linguale ed anche l'epiglottide.

Se il cancro s'è propagato al pavimento orale, s'impone la resezione ossea più o meno diffusa.

IV. CURE POST-OPERATORIE. — Non è più il sangue che minaccia le vie respiratorie, ma la saliva e gli alimenti. Vi si rimedia con la posizione assisa (la saliva si fa scolare in un recipiente), i lavaggi, la medicatura semplice e frequentemente cambiata. Contro il pericolo degli alimenti, si userà la sonda nasale a permanenza. Per prevenire le complicazioni polmonari far alzare precocemente l'operato. Si sorvegli il collasso cardiaco. Non si dimentichi la possibilità di suppurazioni, di emorragie, e più tardi di fistole.

V. RECIDIVE. — Le recidive locali sono rare, mentre le recidive ganglionari sono frequentissime, sopratutto nella regione sopra-ioidea. Assumono spesso un andamento infiammatorio, con aderenze alla pelle e al mascellare, per cui si richiede un sacrificio diffuso tanto osseo che cutaneo. Nella regione carotidea la sola arteria sfugge all'invasione: spesso è necessario di sacrificare la giugulare e il pneumogastrico.

VI. RISULTATI - CONCLUSIONI. — I risultati disparati di più statistiche comparate dimostrano l'inanità delle statistiche globali. Vallas su 32 casi di cancro della parte mobile ha avuto 3 morti operatori e 14 guarigioni al di là del 3° anno; su 5 casi di cancro della base, 1 morto e 4 sopravvissuti di cui nessuno ha raggiunto i 3 anni; su 37 casi di cancro propagato al pavimento 45 % di mortalità e 3 sopravvissuti di più di 3 anni.

Vallas così conclude: «Il trattamento cruento è il solo che ha dato guarigioni definitive. Non è ancora possibile dire se la radiumterapia debba essere classificata fra i metodi palliativi o curativi. Bisogna dunque perfezionare più che sia possibile i processi operatori e i metodi di trattamento chirurgico. Tutto ciò che permetterà di regolare i limiti dell'intervento e di migliorare i risultati operatori deve essere accettato e raccomandato».

DISCUSSIONE.

DELAGENIÈRE dice che le recidive si mostrano tanto più tardivamente quanto più radicale è stata l'operazione. Per gli interventi intrabuccali le recidive hanno permesso di stabilire che l'operazione era stata sempre insufficiente. Per sperare di ottenere una guarigione bisogna che l'operazione tolga tutta la metà della lingua dal lato malato, il pavimento della bocca dello stesso lato, i gangli sopraioidei, sottomascellari con la glandola, e carotidei, la vena giugulare interna con tutto il tessuto cellulare situato dietro i vasi, nella doccia retro-mastoidea.

JACQUES è partigiano, più che si può, dell'estirpazione per le vie naturali, per la buona esecuzione della quale una trazione solida sulla base della lingua con un filo e l'illuminazione con uno specchio frontale gli sembrano indispensabili.

BÉRARD opera in due tempi, rispettando il pavi-

mento milo-ioideo: l'isolamento dei focolai cervicale e buccale è, infatti, la chiave della benignità relativa degli interventi in due tempi. Bérard limita attualmente l'exeresi in massa ai cancri propagati alla base, alla mucosa del pavimento, al solco gengivo-linguale: ha rinunziato, davanti alla formidabile mortalità, alle emiresezioni del mascellare: combina l'azione del radium all'atto chirurgico: nei casi inoperabili, per prevenire le emorragie e combattere i dolori, ricorre all'allacciatura delle linguali e alla sezione dei nervi. Circa l'anestesia, si ha molto da sperare dall'anestesia eterea per via rettale.

HARTMANN, se la lingua si lascia attirare facilmente, opera in due tempi, facendo prima la glossectomia per via buccale, e poi estirpando i gangli; se la lingua non si lascia attirare, pratica la glossectomia per via cervicale 6-8 giorni dopo l'adenectomia. Dal punto di vista dell'anestesia, egli si serve della cannula inter-crico-tiroidea.

PEUGNIEZ opera in due tempi: prima lega le due carotidi esterne, estirpa i gangli sopra-ioidei e la glandola sottomascellare e riunisce senza drenaggio; 10-12 giorni dopo asporta la lingua col metodo di Whitehead.

MERCADÉ nota che quando si richiede il sacrificio bilaterale della giugulare interna, anche in 2 tempi distanziati, segue la morte immediata.

SILHOL trova qualche volta utile di operare economicamente, anche in presenza di indicazioni di exeresi generose, pronti a tornare ad operare più volte l'ammalato.

FORGUE è persuaso che l'anestesia generale è un grande fattore di gravità e richiama l'attenzione sul metodo recente di Delmas, che consiste nella rachianestesia generale mediante piccole dosi di cocaina purissima iniettate bruscamente nel canale durale mescolate al liquido cefalo-rachidiano, dopo aver sottratto una buona quantità di esso.

Per PAUCHET l'anestesia regionale, se ben fatta, basta sempre e dà molteplici vantaggi; l'operazione in due tempi è meno brillante, meno perfetta, ma più sicura.

B. MASCI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

Infezioni ematogene dei reni.

W. S. Mayo (*Journ. of. am. med. Assoc.*, 4 ottobre 1919), oltre ai due noti tipi di nefrite, di cui l'uno, acuto o subacuto, verificantesi durante le malattie infettive e caratterizzato da edemi per ritenzione di cloruri, l'altro, ad andamento cronico senza edemi, con sintomi uremici, associati a disturbi di natura vascolare, distingue un terzo tipo, in rapporto con un'infezione batterica renale, d'origine ematogene.

Normalmente i batteri del sangue sono eliminati dal rene, senza danno; in certe condizioni però possono portarvi delle lesioni. I piogeni colpiscono di preferenza la corticale, mentre il B. coli si localizza sui tubuli retti delle piramidi, donde arriva al bacinetto, determinando una pielite.

L'infezione da piogeni può determinare ascessi della corticale, i quali non si rivelano che per tracce d'albumina, scarse emazie e cellule di pus; il processo può talora arrivare alla distruzione del rene ed alla pionefrosi. Più facile a rivelarsi è l'infezione da *coli*, che si accompagna a copiosa piuria.

Questo tipo di nefrite può essere unilaterale; gli agenti più comuni sono gli stafilococchi (pelle, focolai infettivi, di piorrea, appendicite, ecc.): particolarmente gravi sono le forme acute da streptococco; quelle subacute e croniche si osservano specialmente nelle endocarditi maligne lente.

Le nefriti da piogeni possono avere un decorso fulminante, che simula una peritonite, appendicite, colecistite, e che conduce a morte se non si pratica la nefrectomia. Nelle forme subacute e croniche i focolai si sterilizzano e la guarigione può essere completa o parziale. Gli interventi chirurgici ne hanno messo in evidenza le sequele, che vengono spesso confuse col morbo di Bright. Certe ematurie croniche, ritenute essenziali, derivano da infezioni localizzate ai tuboli retti con formazione di un tessuto cicatriziale, che disturba la circolazione venosa e provoca varicosità nelle papille renali, donde l'emorragia; in altri casi si trovano ascessi corticali, più o meno calcificati, che possono dare un'ombra radiografica simile a quella dei calcoli; in tali casi, si hanno dolori renali ed assenza di sintomi urinari. Lo scapsulamento del rene, in queste condizioni e quando esistono cicatrici capsulari, permettendo la decompressione del tessuto renale, dà spesso buoni risultati.

fil.

Importanza della capacità vescicale nelle malattie urinarie.

La capacità vescicale, che interessa il medico non è la capacità anatomica, determinabile sul cadavere e variabile secondo alcuni da 200 a 1350 cmc., secondo altri da 400 a 2000 cmc.

Per il pratico, essa è di ordine essenzialmente fisiologico e può essere valutata dalla quantità di urina necessaria per produrre il bisogno di mingere. In questo senso, essa oscilla verso i 350 cmc. ed è subordinata a viariazione di sensibilità ed allo stato patologico del detrusore.

Per determinarla, si introduce il catetere dopo aver fatto orinare il malato, evacuandone l'eventuale orina rimasta; si introduce allora, per la sonda, della soluzione fisiologica tiepida, lentamente, per mezzo di una siringa; ad un certo momento una contrazione del muscolo vescicale respinge lo stantuffo della siringa. La quantità di liquido iniettata rappresenta la capacità vescicale, che può essere normale, diminuita, esagerata.

a) Capacità normale. — Dimostra di solito che l'apparecchio urinario è sano e si tratta di un falso urinario, o di un neuropatico, preoccupato dei suoi organi, o di un individuo in cui i fenomeni orinarî sono di indole riflessa, con punto di partenza in organi vicini (ragade anale, emorroidi, varicocele, lesioni ginecologiche).

b) Capacità diminuita. — Il male risiede nella vescica (cistite tubercolare, calcoli, tumore): talvolta basta l'iniezione di pochi grammi, per determinare violente contrazioni; in tali casi è bene non insistere.

È specialmente alla causa che bisogna rivolgere la cura, quindi nefrectomia nel caso di tubercolosi renale, litotrisia nella calcolosi vescicale, ecc. Nelle cistiti vere (blenorragiche od altre), si ricorrerà sui balsamici e sull'urotropina. Il latte, che viene consigliato da molti, è il più spesso inutile, talora dannoso, sia perchè fornisce un'alimentazione insufficiente, sia perchè agendo da diuretico impone contrazioni vescicali dolorose, che è meglio evitare.

d) Capacità aumentata. — Trattasi di vesciche distese che si debbono evacuare senza vuotare, talvolta invece di paralitici, con lesioni diverse del midollo. Spesso tali malati vengono ritenuti affetti da incontinenza, mentre si tratta semplicemente di minzione per rigurgito.

Specialmente nei prostatici con distensione, la capacità vescicale può migliorare con metodiche cure (cataterismi frequenti, fatti bene, buona disinfezione con nitrato d'argento): è opportuno aggiungere anche della stricnina per uso interno.

È ovvio che la cura radicale consiste nella prostatectomia.

Da quanto si è esposto, si comprende la grande utilità da determinare la capacità vescicale: per quanto riguarda il trattamento, poi, bisogna tener presente che se nelle vesciche capaci, si possono usare le lavature discretamente abbondanti, in quelle piccole (80 cmc. e meno) si dovrà invece ricorrere alle istillazioni.

(Uten, *Journ. d. Praticiens*, 13 marzo 1920).

r. s.

Il significato clinico dei cilindroidi.

F. Eigenberger (*C. blatt. f. innere Medizin*, 15 maggio 1920) ha osservato la presenza di cilindroidi nel 44 % di malattie cardiache in stato di scompenso; con il reperto positivo di cilindroidi, vi era quasi sempre evidenza di segni clinici di disturbi di circolazione renale. In due casi in cui i cilindroidi erano molto abbondanti, si riscontrò all'autopsia un rene da stasi, in un altro, invece, rigonfiamento torbido e scarsa stasi.

Interessante è il reperto in un caso di albuminuria da lordosi. Normalmente, il paziente — che era affetto da policitemia rubra — non aveva nell'orina, nè albuminuria, nè cilindri, nè cilindroidi. Dopo la lordosi si trovavano nell'urina, albumina, sangue e cilindroidi, in masse, talora con emazie.

Siccome si ammette che la causa della albuminuria lordotica dipenda da disturbi di circolazione renale, si deve ascrivere a questo anche la presenza di cilindroidi e di sangue. Vengono così confermate le vedute di Jaksch e Quensel, che danno appunto tale significato alla presenza di cilindroidi.

fil.

TERAPIA.

Cura locale del prurito cutaneo.

Bagni: sono di solito mal tollerati, anche con aggiunta di crusca, amido, fiori di tiglio, ecc.

Lozioni: tentare di applicarle molto calde, e solo in caso di intolleranza, tiepide o fredde. Si userà l'infuso di foglie di coca (10-20 ‰), l'idrato di cloralio (5 %), l'acido fenico (1 % in glicerina).

Pennellazioni nei punti più penosi con emulsione di catrame (5-10 ‰), soluzione alcoolica (5 ‰, con 5-10 ‰ di glicerina), oppure il liquido proposto da Darier (cloridrato di cocaina, cloralio idrato ana g. 1; resorcina, glicerina, ana g. 3; alcool g. 20; acqua di lauro ceraso g. 30; acq. dist. g. 44).

Unzioni con grassi: sugna al benzoino, vaselina pura, glicerolato d'amido con 1 % di acido tartarico: oppure con una delle seguenti miscele: 1) Mentolo g. 1; cloralio idrato, canfora polv. ana g. 5; lanolina, vaselina ana g. 50; 2) Olio di fegato di merluzzo, olio bianco ana g. 25; paraffina g. 8; cera bianca g. 8; acq. di rose, acq. di lauro ceraso ana g. 5.

Mezzi occlusivi: hanno il vantaggio di impedire il contatto dell'aria ed il grattamento: servono i cataplasmi di fecola, gli impacchi di ovatta, e, per le grandi superfici, la colla di zinco (Gelatina g. 15-30; ossido di zinco g. 15-10; glicerina g. 25-30; acqua g. 25-30). Si bagna la

cute con una delle lozioni sopra indicate, poi, liquefatta la colla, la si stende con un pennello, curando, prima che si solidifichi, di avere un perfetto rivestimento, che si lascia in posto per qualche giorno.

Efficaci sono anche le *vernici* (al catrame, all'ittiolo), gli *impiastri* (all'ossido di zinco, alla resorcina): nei casi ribelli, i bagni d'aria calda e le prudenti applicazioni di radioterapia. (Darier).

fil.

Il trattamento delle cicatrici ulcerose.

Si trovano ancora in feriti di guerra, delle cicatrici ulcerose, in ferite, nelle quali o non è stata praticata la sutura primitiva o secondaria, oppure vi era una perdita di sostanza molto considerevole, oppure vi è stato un focolaio di osteite sottogiacente.

Queste ulceri di cicatrice (Derache, *Archives méd. belges*, 1919, n. 6), di cui la guarigione spontanea è assai lunga, sono in connessione con difetti di nutrizione per insufficienza di circolazione.

I medicamenti tossici non danno risultati.

Se la pelle circostante è facilmente mobilizzabile, si può resecare la cicatrice e suturare la cute, se la ferita è abbastanza sterile, si potrà procedere all'innesto. Nel caso di ulcerazioni a piccole dimensioni, si applicherà la medicatura con striscie di sparadrappo embricate, analogamente a quanto si pratica per le ulceri varicose.

In casi di ulcerazioni più estese, l'A. consiglia le *incisioni circonferenziali*, praticando da ogni lato, una doppia linea di incisioni, parallele alla cicatrice, a 2-3 cm. dai margini, in *tessuto sano*.

L'incisione deve interessare la pelle ed il connettivo sottocutaneo.

Si diminuisce in tal modo la tensione che pesa sulla cicatrice, facilitando la circolazione e la nutrizione. I buoni risultati spesso si osservano entro breve tempo: l'ulcerazione si copre di granulazioni, si forma la crosta e si ha la guarigione definitiva, talvolta più rapida che quella delle incisioni circonferenziali praticate.

l. b.

Nell'orticaria.

Prescrivere bicarbonato di sodio (g. 1-1.30) con 4 goccie di liquore arsenicale del Fowler, tre volte al giorno. Unzioni locali con unguento composto di calomelano (gr. 6), canfora (gr. 4 prima disciolti in un po' di alcool, vaselina gr. 50 (A. Campbell).

r. s.

Nelle ragadi del capezzolo.

Ortoformio g. 5: olio di mandorle dolci g. 10: etere solforico gr. 9. (Bordé).

Oppure compresse e pennellazioni di soluzione di blu di metilene al 3 %, dopo lavatura dei capezzoli con soluzione di bicarbonato di sodio al 2 %: l'inconveniente di tale medicatura è dato dalle macchie sulla biancheria. (Dresch).

r. s.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1155) *Sulla cura della blenorragia cronica.* — Al dott. L. d'O. da V.:

Se, come spesso avviene, il processo è mantenuto da un uretrite posteriore, bisogna curare quest'ultima con i soliti sistemi (istillazioni profonde di nitrato di argento, lavande vescico-uretrali di nitrato di argento, di tachiolo, dilatazione, ecc.) e con le più scrupolose cautele di asepsi. In generale all'uretrite posteriore cronica si associa la prostatite per la quale giovano i massaggi.

In quanto all'uretra anteriore, è preferibile in questo stadio l'uso di preparati astringenti. Noi adoperiamo volentieri la formula del Finger:

Solfato di zinco . . .	ana ctgr. 30
Allume	
Acido fenico crist. .	
Acqua distillata.	gr. 100

p. schizz. uretrali due o tre volte al giorno.

V. MONTESANO.

(1156) Al dott. N. C. da B.:

La migliore *sterilizzazione della cavità dentaria prima della otturazione* è data dall'alcool assoluto (anche 95 %) per mezzo di un batuffolo di cotone e asciugando poscia con la siringa ad aria. Provoca una sensazione dolorosa passeggiera, se applicato su denti a polpa viva, della quale sensazione può avvertirsi il paziente. Se la cavità è profonda e la polpa è viva, ad evitare la sensibilità termica che cagiona l'otturazione metallica, si pone una base di cemento per otturazioni o una pasta di ossido di zinco ed olio essenziale di garofani. (Cfr. PIPERNO, *Dettagli di pratica professionale*. « La Stomatologia », 1919, vol. XVI, n. 10-11).

Giornali in lingua italiana sulla specialità: « La Stomatologia », organo ufficiale della Federazione Stomatologica Italiana, Milano, via Carlo Cattaneo, 2; « Annali di Odontologia », via Vittorio Veneto, 51, Roma, direttore prof.

Angelo Chiavaro. — *In francese*: «L'Odontologie», 45 Rue de la Tour d'Avargne, Paris. — *In Inglese*: «The Dental Cosmos», 211 South 12 Street, Philadelphia, Stati Uniti.

A. PIPERNO.

(1157) Al dott. G. B.:

Ricettari terapeutici. A. RUBINO: *Formulario terapeutico.* F. Vallardi, Milano (in ristampa). — GOGGIA: *Formulario ragionato di clinica medica terapeutica.* Idelson ed., Napoli. — G. BOUCHARDAT e F. RATHERY: *Formulaire magistral.* F. Alean, Parigi.

Pediatria. O. COZZOLINO: *Manuale di Pediatria.* Idelson ed., Napoli.

Farmacologia. MARFORI P.: *Trattato di farmacologia e terapia*, 2ª ed. L. Pierro, Napoli; G. GAGLIO, *Farmacologia e Terapia*, 3ª ediz., Milano, Soc. Editr. Ital.

Come buon libro per il pratico è consigliabile: A. MARTINET: *Les médicaments usuels.* Masson, Parigi.

fil.

(1158) Al dott. Giovanni Guiotto da Marzano:

Consigliamo il Trattato del DADDI, oppure quello più breve del SILVESTRINI.

t. p.

(1159) All'abb. n. 11.1181:

Suggeriamo: MASOTTI A., *Il Mesotorio.* Editore Ulrico Hoepli, Milano, 1915. Prezzo L. 2.

r. b.

CENNI BIBLIOGRAFICI

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

C. MINERBI: *L'insufficienza cardiaca incipiente e i processi clinici per valutarla.* — Tipogr. Carpigiani e Zipoli, Firenze, 1920.

L'A. è noto al pubblico italiano per una serie di lavori originali sull'apparato cardiovascolare: nel volume raccoglie in breve rivista quanto di moderno è conosciuto sui mezzi di esame della funzionalità cardiaca. I medici italiani saranno grati all'A. per essersi sobbarcato a tale lavoro ingrato per quanto utile, dacchè la conoscenza sulla sufficienza del miocardio è il caposaldo sul quale si basano tutte le moderne concezioni di cardiopatologia.

Voglio ricordare l'accurata rivista bibliografica, utile a chi prediliga lo studio del cuore.

t. p.

JOSUÉ O.: *La sémiologie cardiaque actuelle.* Un vol. in-16, rilegato, di 110 pag. con fig. J. B. Baillière et fils, ed., Parigi. — Prezzo 3 fr. netto.

La cardiopatologia ha subìto tali modificazioni negli ultimi lustri che, a chi non ne ha seguìto passo passo lo sviluppo, non riesce facile orientarsi nella lettura di certi lavori moderni. La dottrina delle localizzazioni cardiache, messe in luce dalla fisiologia e ritrovate nella patologia umana, ha fatto comprendere che la patologia cardiaca non si ferma alle lesioni degli orifici e delle valvole.

Le nuove nozioni sono esposte dall'A. con le manifestazioni cliniche ed i metodi d'esame, da seguirsi per la diagnosi delle localizzazioni cardiache.

L'aggiunta di qualche figura schematica avrebbe facilitato l'intelligenza del testo, a cui si deve riconoscere una notevole chiarezza di esposizione.

fil.

BROCKBANK E. M.: *The diagnosis and treatment of heart disease.* — Un vol. in-16, rilegato di 155 pag. con fig. IV edizione. — H. K. Lewis e Co., ed., Londra, 1919. — Prezzo 5 scell.

In questo manualetto l'A. non ci offre la trattazione sistematica delle malattie cardiache, ma ricapitola i punti principali di anatomia, di fisio-patologia, di semejotica cardiache, per giungere all'interpetrazione patologica dei diversi fenomeni ed alla diagnosi. A parte vengono trattate le irregolarità cardiache risultanti da disturbi degli stimoli, mentre in un ultimo capitolo sono indicate le linee essenziali della cura.

fil.

DEL MONTE ALBERTO: *Su talune manifestazioni morfologico-cinematiche della vita e della funzione dei leucociti.* Un vol. in-8 di 96 pagine con figure. — Pierro e figlio, Napoli.

La tecnica istologica nello studio dei leucociti, si è da tempo immobilizzata nella fissazione e successivi trattamenti con sostanze coloranti di tali elementi. L'A., riprendendo invece l'esame a fresco, con una serie di osservazioni pazienti, prolungate e minuziose, ci rivela fatti nuovi nella biologia leucocitaria. Sono questi: 1) la formazione di granuli mobili, che hanno un ciclo vitale, che possono anche esistere liberi fuori dei leucociti e risentire più o meno l'azione di agenti diversi (chimici, fisici); 2) la formazione di filamenti ondulanti, che si segmentano in sferale e che sono costituiti da protoplasma leucocitario.

Non è possibile determinare ora la portata di queste osservazioni che sono senza dubbio interessanti e che possono aprire il campo o nuove vie di ricerche.

fil.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Convegno di rappresentanze mediche per le assicurazioni obbligatorie contro le malattie.

Come abbiamo riferito nel n. 29, i convenuti, quasi tutti rappresentanti di Ordini, Associazioni Mediche, ecc., nonchè alcuni deputati (Dore, Capasso, Colella, Brunelli, Casalini), dopo una lunga discussione generale, approvarono un ordine del giorno col quale si riconosce giusto lo spirito informatore dello schema di progetto di legge elaborato dalla Commissione governativa.

Infine si passò all'esame dei singoli capitoli ed articoli.

Questo esame sarebbe stato più esauriente e completo se il Congresso non avesse impiegato quasi due giorni per la questione pregiudiziale dell'accettazione o meno del progetto proposto!

Il dibattito si è riacceso vivace sull'articolo che tratta della estensione da darsi all'assicurazione, tanto più essendosi saputo che con tutta probabilità i limiti fissati nel progetto in discussione, tenendo conto dell'attuale media di salari e di stipendi, sarà ancora elevato. I rappresentanti dei medici liberi esercenti hanno fortemente e vivamente sostenuto e dimostrato che tale ulteriore estensione di limiti dell'assicurazione obbligatoria equivarrebbe, o quasi, alla completa soppressione dell'attuale libero esercizio.

Tutti gli oratori espressero il concetto che, almeno riguardo all'assistenza sanitaria, si dovessero assicurare soltanto le classi economicamente deboli e che, cioè, tanto ai lavoratori dipendenti, come agli indipendenti, si dovesse porre un limite di assicurabilità in una determinata cifra di guadagno annuale; e considerando poi che, nella instabilità eccezionale attuale di tutti i valori, fosse difficile stabilire la cifra giusta, fu accolta la proposta che dovessero escludersi dall'assistenza assicurativa quei lavoratori che col loro contributo per l'assistenza sanitaria (proporzionato, con una percentuale fissa, ai loro salari), verrebbero a versare una cifra superiore al fabbisogno finanziario medio dell'Istituto assicuratore per ciascun assicurato.

Con questa proposta il Congresso ha creduto che possa conciliarsi l'interesse dei medici a rispettare più che sia possibile il campo del libero esercizio, con l'interesse dei lavoratori che, in nessun caso, verserebbero per gli Istituti un contributo superiore al vantaggio che possono ricavarne. Qualcuno però (dott. De Gregorio per l'Ordine di Roma) fece rilevare che ove tale contributo-limite venga riferito alla spesa dell'Istituto assicuratore per la sola assistenza domiciliare ed ambulatoria, verrebbe frustrato lo spirito informatore della legge, che mira a ricavare dagli assicurati stessi il fabbisogno per tutto un programma di igiene e profilassi sociale (lotta contro la tubercolosi e la malaria, costruzione di stabilimenti di cura per malattie infettive, di convalescenziari, di sanatori, di tubercolosari, ecc.), e sopratutto il fabbisogno per risolvere una buona volta e radicalmente la vecchia ed insoluta questione ospedaliera, per la quale si dibattono tutti i Comuni, grandi e piccoli, d'Italia. Se poi il contributo-limite di ciascun assicurato venisse esteso a tale fabbisogno, non potrebbe avere manifestamente alcun limite preventivabile, o sicuramente esso non potrebbe essere così basso da soddisfare, per il suo fine, le esigenze dei medici liberi esercenti.

Il voto del Congresso quindi è troppo vago per risolvere la questione.

Nel Congresso si fecero voti perchè nel Comitato direttivo degli Istituti di Previdenza, oltre il Presidente dell'Ordine e il rappresentante dei medici di zona, fosse ammesso anche un rappresentante degli altri medici fiduciari, consulenti, specialisti, ospedalieri, ecc., e che ogni Provincia abbia il proprio Istituto.

Sulla dibattuta questione del mantenimento o no dell'abolizione delle Casse Mutue, il Congresso non formulò alcun voto.

Sull'obbligo degli assicurati di osservare tutte le prescrizioni dei Medici delle Assicurazioni sotto pena di perdere l'indennità, non sembrando abbastanza chiaro l'art. 70, si propose di sostituirlo coll'art. 12 del progetto di Riforma dell'Assicurazione « Infortuni industriali » sullo stesso argomento.

Vivacissima discussione provocò l'art. 72, che stabilisce il nuovo ordinamento sanitario, quale risulterà in seguito all'approvazione della legge, la nomina dei medici, le modalità di compenso, ecc.

Tutte le critiche ed i timori che già erano stati esposti in articoli polemici su giornali, nelle Assemblee dei vari Ordini od Associazioni d'Italia, nel Congresso stesso in sede di discussione generale, sono stati ripetuti e svolti da numerosi oratori; e più lungo sarebbe stato il dibattito se non vi fosse stata una necessaria limitazione di tempo ed avessero potuto parteciparvi tutti i Rappresentanti di Ordini ed Associazioni, che, presenti alle prime sedute, avevano dovuto assentarsi nell'ultima per il protrarsi della discussione oltre il previsto. Portarono il loro contributo di critica Giglioli, Pellegrini e Pinarola, per i liberi esercenti; Gabrielli e Polidori, medici di Assicurazioni-Infortuni; Bentivegna, dell'Ordine di Palermo; Oliaro, Bergamini, Braccini, Gandolfi, Tonelli, Trulli, Orlandi ed altri.

I numerosi oratori, in seguito a schiarimenti ed illustrazione dell'articolo, forniti dal dott. Martinelli, e specialmente dal prof. Silvagni (l'uno e l'altro membri della Commissione di Studio che ha formulato lo schema del progetto di legge), pur facendo qualche riserva, hanno però ritenuto accettabile l'art. 72 così com'è formulato; ma non sono mancati vivaci dissensi.

Il dott. Sava, dell'Ordine di Napoli, prima di allontanarsi dal Congresso, espresse timori e dubbi dei colleghi liberi esercenti di Napoli, i quali ve-

dono nel progetto di legge una grave minaccia al libero esercizio.

Il dott. De Gregorio, rappresentante del Consiglio dell'Ordine di Roma, fece una critica minuta e profonda sia dell'ordinamento sanitario proposto, sia del modo di retribuzione dei medici. Egli premise che ove venga accolto il voto formulato dal Congresso della limitazione dell'assicurazione alle classi economicamente più deboli, molte delle sue critiche non avrebbero ragion d'essere; ma, convinto che l'assicurazione dovrà avere ed avrà (per la buona riuscita dell'Istituto stesso) la massima estensione, ne deriverà un sicuro grave danno a molti degli attuali liberi esercenti. Convenne che la istituzione del medico di zona è un doveroso atto di giustizia verso i medici condotti e si rallegrò dei miglioramenti morali e materiali che ritrarranno tali colleghi dal nuovo ordinamento sanitario proposto (sebbene vi siano stati anche medici condotti sfavorevoli al progetto di legge e la loro voce si sia sentita anche al Congresso); ma il miglioramento di alcuni non deve andare a discapito di altri. Dimostrò che, specialmente nelle città ed in genere dove si è notevolmente sviluppato il libero esercizio, quando i medici condotti (e bisogna comprendervi i supplenti, gli addetti a servizi speciali, o notturni, o igienisti, tutti quelli insomma che occupano posti ottenuti mediante concorso ed alle dipendenze del Comune), quando tali medici condotti per il loro diritto di priorità avranno occupato le zone disponibili, ben poche ne resteranno per i tanti liberi esercenti.

Nella legge vi è un inciso che, apparentemente, rende giustizia ai liberi esercenti, permettendo ai singoli assicurati la libera scelta fra i medici «che si troveranno iscritti nell'Albo dell'Ordine» con retribuzione uguale a quella dei medici di zona. Si tratta però di giustizia solo apparente ove si consideri che la quota per visita, sia pur concordata con l'Ordine dei Medici — come vuole la legge — non può essere che molto bassa e, certamente, ben lontana dalle tariffe attuali; quota che se può essere conveniente per il medico di zona, il quale avrà uno stipendio-base residenziale ed avrà tutti gli assicurati, e famiglie, raggruppati in pochi casamenti, sarà irrisoria per il libero esercente il quale, non avendo alcuno stipendio fisso, dovrà correre da un punto all'altro della città, presso quegli assicurati (necessariamente non molti) appartenenti a zone diverse, che lo hanno prescelto.

Per quanto si riferisce alle modalità di compenso il dott. De Gregorio dopo avere esposto quanto si è praticato e si pratica in altre Nazioni, gli inconvenienti verificatisi coi vari sistemi adottati (vedi in proposito quanto ha già scritto su questo giornale nel fasc. 28 e 29 il dott. Verney), concluse che il compenso a visita è quello che presenta i peggiori inconvenienti prestandosi a speculazioni indecorose dei medici, a speculazioni per sfruttamento di malattie o per simulazioni da parte di assicurati. Indirettamente, tale sistema non potrà che intralciare il cammino a quella profilassi igienica e sociale che con cure ed assistenze rapide ed efficaci, con l'isolamento e con la ospedalizzazione in determinati casi, si propone di ottenere una diminuzione della morbilità e quindi un maggiore rendimento individuale di lavoro: mèta suprema alla quale il legislatore tende con l'assicurazione obbligatoria contro le malattie.

Per ovviare a tali inconvenienti il Consiglio dell'Ordine dei Medici di Roma, in seguito allo studio della legge fatto da una larga Commissione di medici appartenenti a tutte le categorie, ha proposto che l'art. 72 venga modificato nel senso che venga attuata veramente la «libera scelta» nel senso più largo della parola, stabilendo un compenso annuo capitario per ciascun assistito secondo tariffa concordata con l'Ordine dei Medici.

Rispose il prof. Silvagni difendendo strenuamente l'art. 72 così com'è formulato. Sostenne che il compenso-visita costituirà per la classe medica una vera grande conquista e, per ottenerla, egli ed il Martinelli dovettero lottare ed insistere presso i colleghi della Commissione generale di studio della legge molto più che non si creda. Obbiettò che le osservazioni del De Gregorio sono basate su di un presupposto inesatto, che cioè il compenso per visita debba essere notevolmente diminuito da quello fissato nelle tariffe attuali: tale compenso potrà essere inferiore, ma non tanto da non accontentare i liberi esercenti. Dipenderà del resto dai medici, se tutti saranno uniti e disciplinati, l'imporre ed ottenere una tariffa decorosa, che salvaguardi l'interesse di tutti. Nè sono i medici che debbono fare i bilanci degli Isttiuti assicuratori e che debbono preoccuparsi del fabbisogno finanziario, per ottenere il quale basterà innalzare la percentuale che, sul proprio salario, dovrà corrispondere ciascun assicurato.

Protestò infine contro il sospetto di possibili speculazioni da parte dei medici quando il compenso sia praticato a visita, e sostenne che la simulazione da parte degli assicurati non è così frequente come si vuol far credere, e può essere facilmente sventata.

Il Congresso si mostrò convinto delle ragioni esposte dal Silvagni approvando integralmente l'art. 72 e si sciolse con un voto di plauso al prof. Silvagni ed al dott. Martinelli per la loro opera assidua e proficua a favore della classe medica.

N. B. — Riteniamo opportuno informare i nostri lettori che lo schema di progetto di legge formulato da una speciale Commissione nominata dal ministro De Nava — schema sul quale ha discusso il recente Convegno — era stato già modificato in alcuni punti dal ministro successore, onorevole Ferraris. Presentemente il ministro Labriola, come ha dichiarato alla Camera, si riserva di esaminare il disegno di legge già modificato dal suo predecessore e di vedere se e quali modificazioni convenga apportarvi.

Non sarà quindi inutile che i Medici seguano attentamente e si interessino di un progetto che si propone di riformare radicalmente l'attuale assistenza sanitaria, e che quindi potrà avere per la loro vita professionale una importanza decisiva!

D. G. C.

ATTI PARLAMENTARI.

Ente per la protezione della maternità e dell'infanzia.

Alla Camera dei deputati venne presentata la relazione del progetto di legge dell'on. Bonocore sulla istituzione di un Ente per la protezione della maternità e della infanzia. « L'Ente provvede ad assicurare ad ogni bambino povero la necessaria assistenza, dal giorno della nascita fino a due anni, ed a dare protezione alla madre, tutelandone la gestazione, il puerperio e l'allattamento, con la costituzione di Istituti di maternità; a coordinare e trasformare le istituzioni pubbliche e private di assistenza sociale già esistenti, in particolar modo i brefotrofi; al funzionamento di asili per i bambini poveri dai due ai cinque anni compiuti, con somministrazione gratuita degl'indumenti e della refezione quotidiana; ad istituire borse di studio a favore dei medici locali per frequentare le scuole di pedagogia pratica, a favore dei maestri per frequentare corsi speciali per educazione della infanzia; ad un fondo Colonie marine per orfani di militari morti in guerra, per bambini figli di ignoti, ecc. ».

Per i medici carcerari.

L'on. Misiano ha presentato un'interrogazione al Ministro degli Interni « per sapere se ritiene ancora compatibile con i tempi e con le attuali condizioni del caro della vita la situazione fatta ai medici carcerarii, i quali percepiscono ancora stipendi al disotto delle 1000 lire annue, sono privati di congedo, salvo che a proprie spese non provvedano alla loro sostituzione;

« e se non ritiene ormai doveroso assicurar loro con un'equa e dignitosa retribuzione, e col congedo annuale, un primo stato sopportabile di cose, in attesa che la loro indispensabile ed utile organizzazione, basata sul terreno della lotta di classe ed aderente alla Confederazione Generale del Lavoro, venga ad assumere la cura e la capacità di raggiungere più dignitose e sopportabili condizioni di vita ».

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8371) *Inscrizione al Monte pensioni.* — Dott. F. C. da P. — I contributi pagati alla Cassa di previdenza non possono essere restituiti quando il sanitario lascia il servizio di condotta. Non trovandosi in nessuna delle condizioni previste dall'articolo 18 del Testo unico, non può neanche ottenere il pagamento della indennità.

(8372) *Indennità caro-viveri.* — Dott. A. G. da A. — Il titolare della condotta in cui Ella ha prestato servizio interinale ha definitivamente abbandonato il posto nel maggio 1919 essendone stato assente durante il servizio militare. A Lei, quindi, da questa ultima data compete la indennità caro-viveri non potendola pretendere pel periodo anteriore in quanto che la condotta non era allora priva di titolare.

(8373) *Indennità caro-viveri.* — Dott. Z. da Z. — La nuova indennità caro-viveri Le è dovuta per intero e solamente dallo Stato come impiegato di ruolo. Il Municipio non ha alcun obbligo di dargliela e, quindi, non può essere costretto a concorrere nemmeno per la metà.

(8374) *Aumento di stipendio ai medici delle Opere Pie.* — Dott. F. M. da V. — Nessuna disposizione di legge o di regolamento obbliga le Opere Pie ad aumentare lo stipendio dei medici alla loro dipendenza, che prestano servizi in ospedali od in altri istituti.

(8375) *Inquinamento di acqua potabile.* — Dott. G. A. da V. — Ella può denunziare al Pretore lo sconcio che si verifica nella fontana prossima alla sua abitazione. Dovrebbe, però, il fatto essere cerziorato da due testimoni per aver piena fede. Ad ogni modo la sua denunzia non crediamo possa rimanere abbandonata.

(8376) *Pagamento di stipendii arretrati.* — Dott. A. G. da C. — Per le anticipazioni da parte degli esattori bisogna tener presente il D. L. del 4 gennaio 1917, n. 129, secondo cui l'obbligo relativo deve ritenersi subordinato alla condizione che esse non superino complessivamente l'importo totale dei proventi comunali riscossi e da riscuotere entro lo stesso anno solare in base ai ruoli già consegnati. Per accertare tale estremo di fatto occorre che l'esattore apponga sul mandato il rifiuto in iscritto per dar modo così di controllare l'asserzione mediante verifica di cassa.

(8377) *Accettazione di infermo nell'ospedale.* — Dott. U. B. da A. — Se lo Statuto del Nosocomio lo vieta, l'amministrazione ospedaliera potrebbe opporsi a che Ella riscuota compenso per l'infermo di altro Comune. Però crediamo che col consenso di essa possa pur farsi in linea eccezionale.

(8378) *Infortunii sul lavoro.* — Dott. V. G. da O. — Anche al medico a cura piena compete il pagamento delle prime cure in caso di infortunio. Per prime cure si intendono quelle che sono necessarie per mettere in grado l'infortunato di essere trasportato in luogo adatto per le conseguenti operazioni.

Doctor JUSTITIA.

Medici di bordo. — Al dott. G. M. da Castellammare Golfo:

1° Per essere ammesso quale medico di bordo occorre ottenere l'autorizzazione a viaggiare in detta qualità in seguito ad esame, a termine del R. D. 7 luglio 1910, n. 573. Il candidato dovrà dar prova di saper leggere correntemente una delle lingue francese, inglese, tedesca, spagnuola, e di saper intendere e farsi intendere in una almeno delle lingue stesse.

Potrà essere ammesso a provare la conoscenza anche di altre lingue straniere.

2° Bisogna rivolgersi alla Società di navigazione presso la quale si vuole assumere servizio per quanto riflette le condizioni di pagamento.

Al dott. V. E. B. da Moncalvo:

Le sessioni di esame per l'abilitazione a viaggiare come medico di bordo non saranno tenute tutti gli anni.

a. p.

CONDOTTE E CONCORSI.

BIANDRATE (*Novara*). — Abitanti 1487; L. 4000, più L. 3, oppure 5 a seconda della distanza, per ogni povero oltre i 300; quale uff. san. L. 500; mezzi trasporto, caro-viveri L. 1200. Scad. 15 agosto.

CAPRESE MICHELANGELO (*Arezzo*). — Condotta residenziale; scad. 15 agosto; L. 6300 lorde, 4 quinquenni del decimo, L. 1200 per caro-viveri, L. 100 per ufficiale sanitario; L. 100 per l'arm. farm.; L. 2000 per cavalc.; alloggio, ecc. Servizio entro 20 giorni.

CURTATONE (*Mantova*). — Condotta residenziale; L. 6750 e 4 quadrienni del decimo; mezzo trasporto L. 1200; caro-viveri. Scad. ore 12 del 10 agosto.

FIGINO-NOVEDRATE (*Como*). — Condotta residenziale-consorziale; ab. 2888; L. 5500; per uff. san. L. 500. Scad. 15 agosto.

GROSIO (*Sondrio*). — Abitanti 4500; L. 6000 da elevarsi a L. 6500 dopo il biennio di prova, fino a 1000 poveri; L. 2.50 ogni povero in più; L. 900 per l'accesso alle frazioni; L. 700 per bicicletta; L. 500 quale uff. san. Scad. 20 agosto.

MODIGLIANA (*Firenze*). — Cercasi giovane laureato per aiuto-supplente. Preferiscesi tendenze chirurgiche e pratica istologica. L. 5000 lorde, più 10 % per atti operatori. Nomina biennale. Condotta residenziale. Dirigersi direttore dott. Riccardo Camelli.

ROCCASTRADA (*Grosseto*). — I e III condotta (Capoluogo e Rocca Serighi); L. 7000. Caro-viveri. Scad. 20 agosto.

SANTA FIORA (*Grosseto*). — Due condotte; lire 7000 lorde, caro-viveri, L. 1500 e L. 2500 per cavalc. Scad. ore 17 del 17 ag. Servizio entro 20 giorni.

S. STINO DI LIVENZA (*Venezia*). — **Due condotte:** Capoluogo: L. 7000 e L. 800 quale uff. san.; Musil di Sopra: L. 9000 e alloggio; mezzo trasporto L. 1800 se con cavallo, 800 se con bicicletta; malaria L. 800. Scad. 15 agosto.

Diffide.

Tutte le condotte mediche della provincia di Bergamo fino a che non siano raggiunti i nuovi deliberati delle due Sezioni (restano pertanto diffidati Predore, Vigolo, Ponte San Pietro, Calusco d'Adda e Bottonuco e Suisio); Castelfranco di Sotto, Cancelli e Mancecalvoli (Firenze); Penna S. Giovanni (Macerata); Bagnolo in Piano (Reggio Emilia).

Revoca di diffide: Savigliano (Saluzzo).

Parecchi abbonati lamentano di ricevere il giornale quando i concorsi in esso annunziati sono per la maggior parte già scaduti.

Questo fatto deve imputarsi precipuamente al disservizio postale (da noi più volte deplorato), il quale fa recapitare i fascicoli con molto ritardo. Altre volte però sono i Comuni che attendono a trasmetterci i bandi dei concorsi, fino a che questi siano prossimi a scadere: quindi non possiamo darne notizia in tempo utile. Alcuni di questi concorsi, anzi, non vengono da noi neppure annunziati (ad esempio, un bando trasmessoci dal comune di Verghereto, in prov. di Firenze, per un concorso che scadeva il 31 luglio, recava il bollo dell'ufficio postale di partenza con la data del 22 luglio e ci venne recapitato il 24 luglio: sarebbe stato fuori di luogo darne notizia).

Alle volte varie cause si sommano.

Per non sciupare lo spazio e per prevenire rilievi e critiche degli abbonati, dovremmo limitarci ad annunziare i soli concorsi a lunga scadenza; ma continueremo a far posto a tutti, nella fiducia, od almeno nella lusinga, che i sistemi ostruzionistici instaurati dalla posta e da certi Comuni debbano cessare e che ad alcuni medici possa giovare di aver notizia, anche con ritardo, dei concorsi banditi.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Con recente decreto, il Re, premiando i Corpi del R. Esercito distintisi per la campagna di guerra 1915-1918, conferiva alla Croce Rossa Italiana la medaglia d'argento al valor militare colla seguente motivazione: «*Nell'adempimento della sua nobilissima pietosa missione, dimostrò in tutta la guerra mirabile spirito di abnegazione, generoso ardore, sereno valore, costante devozione al dovere* (1915-1918)».

Queste altissime parole di plauso che proclamano con tanto vigore di definizione, di consenso e di riconoscimento le benemerenze di guerra della Croce Rossa Italiana, devono confortare dello sforzo compiuto tutti gli appartenenti alla Istituzione.

Il Corpo accademico dell'Istituto Lombardo di Scienze e Lettere ha aggiudicato il premio di lire 4000 sul tema «La difesa sociale contro la tubercolosi» a parità di merito ai lavori dei dottori Piero Favari (doctor Petrus) di Bergamo e Guido Salvini di Milano.

Il Presidente della Repubblica Francese ha nominato ufficiale della Legion d'Onore il prof. Aldo Castellani, della Scuola di Medicina Tropicale di Liverpool, per il suo metodo delle vaccinazioni combinate (tifoide-paratifoide-colera), largamente e con successo adottate in Francia.

Con recente decreto reale è stato nominato il nuovo direttore generale dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni nella persona del comm. prof. Guido Toja.

Il comm. Toja, del quale è nota la competenza nelle assicurazioni sociali, è stato relatore attuariale della Commissione nominata dal Ministero dell'industria per elaborare lo schema di progetto di legge sull'assicurazione obbligatoria contro le malattie, attualmente allo studio.

NOTIZIE DIVERSE.

Per il Prof. Maiocchi.

Riportiamo il retro ed il verso dell'artistica medaglia, di squisitissima fattura, coniata in occasione delle onoranze rese al prof. Domenico Maiocchi, delle quali abbiamo dato ampia notizia nel fasc. 29.

A causa di un deplorevole ritardo della posta (che ci ha consegnato lo zinco dieci giorni dopo la spedizione da Bologna!), non abbiamo potuto corredarne il resoconto delle onoranze; ma siamo sicuri di far cosa gradita ai lettori arricchendo, con questa riproduzione della medaglia, la nostra iconografia.

Società Italiana per il Progresso delle Scienze.

La XI Riunione della «Società Italiana per il Progresso delle Scienze» avrà luogo quest'anno in Trieste, nei giorni dal 3 al 9 ottobre.

Il discorso inaugurale sarà tenuto il 3 ottobre alle ore 17 dal sen. prof. Hortis.

I soci che volessero far comunicazioni al Congresso devono inviarne il titolo al prof. Picotti, segretario del Comitato ordinatore della XI Riunione — Società Minerva — Trieste.

I soci che vogliono avere il volume X (Riunione di Pisa) devono inviare una quota supplementare di L. 10 al cassiere prof. Lucio Silla, via del Collegio Romano, 26, Roma.

I soci potranno ritirare il volume alla sede della Società, via Collegio Romano, 26, Roma, o inviare L. 2 per spese di spedizione.

La crisi della stampa medica.

La Casa J. A. Barth di Lipsia ha elevato a 120 marchi l'abbonamento al «Zentralblatt für die gesamte Medizin» ed a 50 marchi quello del «Zentralblatt für Gynäkologie». Come abbiamo già annunziato, sono stati aumentati a 50 marchi anche il «Zentralblatt für innere Medizin» e il «Zentralblatt für Chirurgie»; inoltre per quest'ultimo periodico, non potendo contenere tutta la materia nel ristretto spazio disponibile, ha pubblicato un numero-supplemento, al prezzo di marchi 10.

Sovvenzioni per gli studi medici in Germania.

La Commissione per la istituzione «Roberto Koch» contro la tubercolosi, ha assegnato 15,000 marchi all'Istituto delle malattie infettive «Roberto Koch» di Berlino, 6000 al prof. Selter di Königsberg e 8000 al prof. Flügge di Berlino.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1920 - Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, *ed. resp.*

Anno XXVII Roma, 9 Agosto 1920 Fasc. 32.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DERMOSIFILOPATICO DELLA R. UNIVERSITÀ DI PALERMO.

Considerazioni sulla cura abortiva della sifilide

pel prof. LUIGI PHILIPPSON.

Le pubblicazioni sulla cura abortiva della sifilide effettuata per mezzo del sale d'Ehrlich si vanno moltiplicando man mano che sta passando il tempo d'osservazione necessario, per poter controllare l'effetto definitivo della medesima. A ciò occorreva almeno un lasso di tempo che corrispondesse al periodo della infezione, in cui di regola essa provoca il massimo dei sintomi, quindi di due, tre, quattro anni. La scoperta dell'Ehrlich, la quale appunto ha dato la spinta al nuovo metodo di cura, rimonta bensì già ad un decennio, ma ci volevano degli anni di esperienza, prima che s'imparasse ad adoprare il suo sale allo scopo prefisso, cui venivano poi ad aggiungersi ancora gli anni di controllo.

Già fino dal 1913 il Leredde, nella sua pubblicazione sulla guarigione della tabe col sale di Ehrlich (*Bollettino della Società di Medicina di Parigi*), aveva preconizzato l'influenza che esercitava lo stesso rimedio sul tratta-

mento della sifilide colle seguenti parole: «Il trattamento della sifilide, che era di 4 anni sotto il regime del mercurio, non dura più di 6 mesi negli ammalati, trattati correttamente col sale di Ehrlich. Benefizio di tre anni e mezzo». E documentava la sua asserzione nella «sterilizzazione della sifilide per mezzo di salvarsan nel periodo iniziale» (*Boll. Soc. Dermat. et Syphilografia*).

«Il Salvarsan e il Neosalvarsan, impiegati nel periodo primario e nei primi mesi del periodo secondario, sterilizzano in certe condizioni la sifilide. La sterilizzazione è tanto più facile quanto più precoce è il trattamento. Essa dev'essere iniziata appena la diagnosi del sifiloma è confermata dal reperto degli spirocheti».

Nel 1915 il prof. Jadassohn, della Clinica dell'Università di Berna, rende note «le sue esperienze sul Salvarsan» nel *Corr. Blatt* per i medici della Svizzera per mezzo del dottor Naegeli. «Secondo i nostri risultati terapeutici e quelli di altri nel periodo primario si può aver la speranza di raggiungere il cento per cento di guarigione... Da un certo numero di osservazioni fatte da noi e da molte altre già pubblicate risulta che nel periodo primario si può conseguire la guarigione con dosi alquanto minori di quelle usate finora da noi. Aggiunge però: s'intende che non è possibile dare la prova che gli ammalati rimasti dopo la cura da mesi fino ad alcuni anni senza sintomi e con Wassermann negativa, siano veramente guariti del tutto. Noi non possiamo parlare che con una certa probabilità, la quale però viene ad esser molto appoggiata dalle reinfezioni, verificatesi dopo il trattamento precoce».

In America al Congresso dei medici e chirurghi, tenutosi a Washington nel 1916, il Fordyce si pronuncia nel modo seguente: «Nella sifilide primaria, dove gli spirocheti sono dimostrati e la reazione di Wassermann ancora negativa, gli è possibile guarire la sifilide col Salvarsan solo. Non si può stabilire quante dosi siano necessarie a tale scopo, e siccome vi può esser magari già una disseminazione di spirocheti col Wassermann negativo, sarà meglio errare dal lato della sicurezza e dare almeno 8 fino a 10 dosi e farle seguire da una cura mercuriale per circa 6 mesi».

Nel 1915 l'Hoffmann, nella *Deutsch. Mediz. Wochenschrift*, dichiara di aver avuto 100 % di guarigione duratura nella terapia precoce della sifilide in casi che rimontano già a 4 anni. E nel 1918 conferma il suo giudizio: «Lo Scholtz, il Gennerich ed io, oltre numerosi altri autori, abbiamo cercato di dare in molti lavori la prova della guaribilità della sifilide primaria per mezzo di una sola cura, e noi crediamo di averla confermata anche grazie a delle osservazioni continuate per parecchi anni.

***

Per la sterilizzazione della sifilde primaria noi abbiamo impiegato un trattamento combinato energico, cioè da 5-8 iniezioni di Salvarsan e una forte cura mercuriale».

La direttiva per la cura abortiva è la seguente: rintracciare al più presto possibile la avvenuta infezione colla ricerca dello spirochete in qualsiasi lesione sospetta. In tal modo si può inziare la cura col Wassermann ancora negativo. Le inizioni endovenose del sale di Ehrlich o da sole o accoppiate ad una cura mercuriale riescono allora ad impedire il manifestarsi di qualsiasi sintomo della sifilide. L'individuo trattato si comporta durante e dopo il trattamento tale quale un sano. Egli negli anni della più grande attività del virus non mostra alcun segno della malattia, il Wassermann rimane sempre negativo, non contagia la moglie, ha prole sana o, se rimane scapolo, può magari infettarsi nuovamente di sifilide.

Lo stesso risultato dà la cura precoce ancora in casi in cui il sifiloma e l'adenite sono già sviluppati, purchè il Wasserman sia negativo. Al di là di questo stadio d'infezione invece la cura dev'essere ripetuta, per condurre ad una guarigione sollecita, e in uno stadio più avanzato ancora si è costretti a seguire le norme solite della terapia antisifilitica.

Intanto i fautori del nuovo indirizzo terapeutico hanno trovato e trovano ancora degli oppositori, e degli oppositori di vario parere. Ci sono quelli più conservatori che respingono senz'altro tale tentativo e sostengono che la sifilide debba esser curata come per lo innanzi in modo continuo per degli anni, secondo il precetto del Fournier. E fra questi vi sono magari dei sifilografi, che impiegano bensì il sale di Ehrlich fino dal principio del trattamento. Altri invece, pure facendo la cura abortiva, continuano la cura ancora per degli anni. Altri infine, come, p. es., Jadassohn, rinunziano bensì al prolungamento della cura, ma dubitano dei proprii risultati terapeutici, che vogliono siano controllati da lunghi anni di osservazione, prima che li possano riconoscere come definitivi.

S'intende che l'usare prudenza in tale materia è lodevole, perchè ci va di mezzo la sa-

lute degli ammalati affidatici, però uno scetticismo troppo spinto può recare anche danno se non direttamente, almeno indirettamente, inquantochè priva gli ammalati tutti di vantaggi connessi colla cura abortiva.

Noi ci troviamo oggi, quindi, per così dire, in un periodo di transizione nella terapia della sifilide, in cui i concetti moderni di patologia generale e i mezzi diagnostici e terapeutici moderni tendono a farsi valere e vengono in contrasto con quelli tuttora invalsi. Anzi, si può dire che il dibattito s'impernia attorno alle dottrine dei due scienziati sunnominati, di cui una insegna che la sifilide « dorme, ma non muore », mentre l'altra insegna la terapia *sterilizans magna*.

Ora, per poter formarci un giudizio proprio, occorre riandar un po' la storia della terapia antisifilitica negli ultimi 50-60 anni. Occorre vedere quali intendimenti avevano i terapeutici, quali concetti li guidavano, di quali mezzi terapeutici disponevano e quali risultati conseguivano.

Il Fournier era arrivato al suo metodo di cura per l'esperienza fatta in lunghi anni di osservazione di sifilitici. Egli, che quale allievo del Ricord non curava i suoi ammalati che per 6 mesi, poco a poco ha dovuto riconoscere che ciò era un errore e che si richiedevano degli anni, anzi parecchi anni, per aver dei risultati soddisfacenti nella cura. Egli prolungava la cura a 2, poi a 3, 4 anni e infine anche a 5 e 6 anni.

Quel che lo spingeva ad agire così era il veder ricomparire delle manifestazioni sifilitiche anche dopo anni di apparente guarigione in ammalati curati bene precedentemente.

A spiegarsi questa necessità di curare la sifilide in modo cronico, come egli lo denominava, egli considerava la sifilide quale diatesi e la paragonava al reuma, alla gotta, alla scrofolosi, al paludismo. Nella stessa maniera che si soglia trattare queste malattie, anche fuori di ogni manifestazione, onde influire sulla causa stessa delle medesime, così si dovesse procedere anche nella sifilide, la quale venne definita addirittura dal Fournier una malattia cronica.

Questo concetto patologico sulla sifilide, dacchè esiste la nuova dottrina sulle malattie infettive, non è più ammissibile.

Già il Diday, il sifilografo contemporaneo del Ricord, nel suo libro intitolato *Histoire naturelle de la syphilis*, 1863, guardava almeno la sifilide secondaria « come appartenente alle affezioni virulenti, come il vaiuolo e le febbri esantematiche », mentre anche per lui la sifilide terziaria apparteneva alle diatesi ». E informava a questo concetto anche la sua terapia; svolgendo la sifilide, cioè secondaria, spontaneamente alla sua fine, egli si atteneva ad una cura aspettativa, intervenendo, se occorreva anche col mercurio, che egli non ritenne però necessario per la guarigione, mentre per la sifilide terziaria non sperava in una guarigione, appunto perchè era una diatesi.

Qui bisogna notare ancora che il Fournier dava sempre la preferenza alla cura orale e in tal modo non poteva combattere la malattia che con quantità di mercurio molto inferiori a quelle usate comunemente da altri, almeno negli ultimi 20-30 anni, sia per mezzo di iniezioni o anche di frizioni.

Noi invece consideriamo tutto quanto l'andamento della sifilide dal punto di vista della infezione batterica, e cioè non solo nello stadio secondario, ma anche nello stadio terziario e magari nelle affezioni parasifilitiche. Lo spirochete non è soltanto l'unica causa del sifiloma, ma lo rimane anche in tutti i disturbi che susseguono e che possono insorgere anche dopo intervalli di latenza della malattia di varia durata. Quindi noi, in possesso di mezzi terapeutici che riteniamo capaci di distruggere i germi sifilitici, crediamo anche che sia possibile intralciare il diffondersi dei medesimi dalla loro porta d'entrata nell'organismo, e annientarli, qualora la loro generalizzazione sia già avvenuta. La cronicità del processo morboso, attribuita dal Fournier alla sifilide, non è più da guardarsi come dipendente da una proprietà dello spirochete, ma piuttosto dalla mancanza di mezzi, atti a ucciderlo fino dal principio dell'infezione.

In realtà un concetto simile al nostro è esistito già da molto tempo, almeno attorno al sifiloma iniziale, allorquando si cercava di fare abortire l'infezione per mezzo dell'escisione del medesimo. Questo era soltanto possibile, dopo che si aveva abbandonato l'idea che prima era invalsa, e cioè che il sifiloma rappresentasse già il primo indizio della generalizzazione del virus, per cui naturalmente quell'intervento non poteva aver alcuna ragione di essere. Intanto l'esperienza confutava la premessa e l'estirpazione del sifiloma non riusciva a troncare il processo morboso. Il che poi si attribuiva al fatto che si interveniva sempre troppo tardi, quando cioè il virus aveva avuto già il tempo di sorpassare il distretto, in cui risiedeva il sifiloma.

E quando più tardi s'imparava a introdurre nell'organismo delle quantità di mercurio molto superiori a quelle usate per lo innanzi, e

cioè per mezzo delle iniezioni di calomelano e di olio grigio, si aggrediva con nuova lena lo stesso problema, cioè di spiegare un effetto battericida sul virus sifilitico fino dal principio dell'infezione.

L'esperienza, fatta con questo metodo, dava già affidamento che ci si trovava sulla giusta strada, perchè almeno clinicamente si arrivava a sopprimere lo svolgersi della malattia.

Del resto bisogna menzionare qui anche lo stesso Fournier che preconizzava una forte cura fino dal principio (intesa a modo suo) come assai giovevole per la guarigione della malattia.

Il mettere in pratica i nuovi concetti sulla sifilide non era possibile che dopo le grandi scoperte degli ultimi 15 anni. Oramai si è in grado di sorprendere l'infezione fino dallo inizio e cioè per mezzo della ricerca dello spirochete, di scoprirla ancora nelle prime settimane della sua generalizzazione e cioè per mezzo dell'esame serologico e di impiegare una sostanza spirocheticida, come lo è il sale di Ehrlich. Noi ci rivolgiamo quindi nuovamente all'esperienza, come l'aveva fatto lo stesso Fournier, per vedere se i nostri concetti riescano provati dai fatti e se i risultati della terapia siano migliori di quelli conseguiti per il passato.

***

Se si continua oggi a trattare la sifilide secondo il precetto del Fournier con una cura cronica intermittente, ciò non può più esser giustificato colle vedute teoriche del suo autore. La sifilide non può più esser considerata quale malattia cronica, perchè curata fino dal principio essa non si sviluppa più affatto e non può esser considerata quale diatesi, perchè conserva sempre il suo carattere di malattia infettiva, la quale rimane suscettibile ai rimedii battericidi. La cura abortiva invece ci ha insegnato di fare un'altra distinzione e di distinguere due periodi dell'infezione, e cioè il primo, in cui lo spirochete è facilmente accessibile ai rimedii battericidi dal secondo, in cui ciò riesce più difficile. Clinicamente il primo periodo va dalla lesione iniziale dell'infezione fino ai primi sintomi dell'avvenuta generalizzazone della medesima, al di là della quale incomincia il secondo periodo. E serologicamente il primo periodo corrisponde al tempo, in cui il Wassermann è ancora negativo, o se già positivo facilmente si lascia cambiare in negativo e mantenersi colla cura in questo stato. Nel secondo periodo invece il Wassermann è già diventato positivo nel modo più stabile e non si lascia ridurre al negativo che con ripetute cure e talvolta neanche con queste.

Nel secondo periodo dell'infezione il consueto metodo del Fournier non è quindi soltanto giustificato, ma s'impone addirittura.

***

A chi giudica i risultati conseguiti colla cura abortiva della sifilide, quale guarigione della malattia, si va facendo l'obbiezione che un giudizio definitivo sarà soltanto possibile dopo un lungo tempo di osservazione, dopo decennii. Ciò, mi pare, costituisca veramente un circolo vizioso del ragionamento e non sia affatto basato sulle cognizioni che noi possediamo attorno alla malattia. Si è sempre aspirato ad una terapia capace d'impedire lo svolgersi della medesima ed era per questa ragione che il Fournier escogitava il suo metodo di cura, che si pensava all'escisione del sifiloma, che si inventava il metodo delle iniezioni, che si intensificavano le cure mercuriali e che si tendeva a curare la malattia al più presto possibile. Già con questi principii curativi, ad eccezione di quello chirurgico, si ebbero dei risultati migliori di prima. Ed ora, che si è infine arrivati alla mèta, si fa un passo addietro, asserendo che stia nel carattere della malattia di aver dei lunghi periodi di latenza, di apparente guarigione, dopo i quali può di nuovo palesarsi in nuove manifestazioni e in manifestazioni più gravi di prima. Ciò è vero, come ognuno sa, ma è soltanto una parte della verità. Difatti tutti i sifilografi, anche quelli che con pessimismo considerano la sifilide e il suo trattamento, non considerano affatto il terziarismo e le malattie parasifilitiche come fatti costanti della sifilide, ma invece come eccezione. Soltanto una frazione dei sifilitici va soggetta ad ulteriori manifestazioni della loro malattia, frazione che è più o meno grande a seconda le differenti statistiche, ma che dimostra sempre che l'esito comune della sifilide è la guarigione. E, sebbene non sia necessario citare degli autori in proposito, non mi pare fuori luogo cedere la parola allo stesso Fournier, le cui ricerche, proseguite per più di 30 anni in una vastissima clientela sul terziarismo e sulle affezioni parasifilitiche, le quali hanno assai contribuito al giudizio pessimistico invalso tuttora sulla sifilide.

Egli nel suo libro sul trattamento della sifilide dichiara nettamente: « Io non dirò che il mio metodo di cura preserva i nostri ammalati delle eventualità terziarie sempre e sicuramente. Ma io dirò che da quel che ho vi-

sto, visto coi propri occhi, il medesimo li preserva per lo più, nella enorme maggioranza dei casi ».

Quindi se già colla terapia orale del Fournier, sorpassata già da molto tempo dalla terapia più energica delle iniezioni di sali insolubili, è stato possibile conseguire nell'enorme maggioranza dei casi la guarigione, tanto più facile dovrà esserlo colla cura abortiva moderna che interviene già fino dal principio dell'infezione e con mezzi finora del tutto sconosciuti.

La mèta, tanto agognata dai terapeuti, è quindi raggiunta e, se sulla modalità del trattamento le norme non possono dirsi ancora invariabilmente stabilite, pur nondimeno sono sufficienti. Occorre quindi indurre gli ammalati di presentarsi al più presto possibile dal medico, per poter godere tutti i vantaggi inerenti alla cura abortiva.

NOTE E CONTRIBUTI.

Il cancro dello stomaco deve essere operato?

Osservazioni cliniche del dott. TITO CAVAZZANI.
(Clinica chirurgica privata in Pallanza).

Malgrado i risultati sempre più favorevoli della chirurgia gastrica in quest'ultimo decennio, come risulta da statistiche, che furono riassunte anche in questo periodico, il maggior numero dei tumori maligni dello stomaco continua ad esser sottratto all'estirpazione, a differenza di quanto succede agli altri tumori, sia perchè esso arriva alla diagnosi quando è inoperabile, sia perchè alcuni medici sono scettici in riguardo al bene che l'operazione è in grado di portare, ma forse più di tutto perchè i chirurgi non sono ancora così propensi alla resezione, per il pericolo ad essa congiunto. Se lo stomaco si potesse estirpare così agevolmente come un altro dei visceri, per esempio l'utero, la gastrectomia sarebbe oggi, coll'aumento accertato del cancro dello stomaco, più frequente forse della stessa isterectomia.

Ma, purtroppo, invece questa operazione non è ancor oggi alla portata di tanti chirurgi quanti sarebbero necessari, ed i medici non la richiedono abbastanza per spingere i chirurgi alla necessaria specializzazione, allettandoli colla fiducia che non venga meno l'appoggio morale a fare ciò che per ora è guardato con diffidenza e qualificato per temerarietà, se non peggio.

La mortalità operatoria per la resezione dello stomaco è andata diminuendo costantemente, di mano in mano che ci siamo avvezzati a lasciare l'antisepsi per l'asepsi, e di pari passo coi progressi dell'anestesia: siamo scesi dal 100 % delle prime prove al 4 % di una serie di 50 operazioni fatte dai fratelli Mayo: e la media dei buoni operatori starebbe sul 10-12%.

Naturalmente gli insuccessi hanno men facile pubblicità, e quindi si dovrebbe distinguere come cifra attendibile quella data dalla esperienza dei singoli chirurgi, tenuto conto dei criteri di operabilità dei medesimi. Per esempio, nella statistica dei Mayo siamo indotti a ritenere che il maggior numero di operati sia fatto di casi iniziali, sia per l'organizzazione diagnostica della loro clinica, sia per la rinomanza, che deve naturalmente facilitare l'accesso dei malati.

A parità di condizioni la cifra della mortalità può essere la misura della bontà della tecnica usata dai singoli chirurgi, e la diffidenza dei medici e dei malati non dovrebbe quindi gravare sopra la chirurgia, ma sopra il chirurgo, e non come tuttora avviene in molte parti, essere una giustificazione per il nihilismo terapeutico, benchè larvato sotto le illusorie cure che vanno dalla radioterapia ai sieri ed ai metalli colloidali.

L'operazione è così metodica, che si può dir facile, benchè comprenda diversi tempi delicati, la cui esecuzione però è famigliare a chi ha pratica delle suture intestinali: tutta la sua gravità consiste essenzialmente nella sua lunghezza, da cui dipende un possibile esaurimento del malato, capace di pesare sopra la sua resistenza nel periodo critico postoperatorio. Le cause d'insuccesso sono principalmente la peritonite e la polmonite. La peritonite si previene fino ad un certo punto per mezzo della buona tecnica, ma se si avvera la perforazione, per mancanza di circolazione sanguigna cagionata da eccessiva demolizione, o da cattivo stato dei vasi sanguigni, il successo è perduto. Ora questa complicazione imprevedibile rimane in proporzioni abbastanza piccole per non essere trascurabile in confronto alla sorte che attende il paziente non operato, e sarà ridotta anche a minori proporzioni quando i malati saranno operati meno tardivamente.

A favore dell'operazione militano i risultati immediati, di gran lunga migliori di quelli che talvolta possono seguire alla gastroenterostomia. Tutti quanti hanno osservato un operato di gastrectomia riconoscono che le funzioni digerenti e lo stato generale non differiscono in nulla dallo stato normale di salute. La durata poi della sopravvivenza, in confronto al malato che abbia avuto la gastroenterosto-

mia o che sia stato curato coi mezzi non chirurgici, nei gastrectomizzati è quadruplicata. Che importa se poi la recidiva verrà a frustrare la nostra opera? Non è forse il destino della maggior parte degli interventi per tumore maligno? Ma, d'altra parte, abbiamo, oltre al prolungamento della vita ed alla diminuzione delle sofferenze, un certo numero di guarigioni definitive, oltre ai cinque anni, che, secondo la statistica dei Mayo, arriva al 15 %.

Io credo di non poter contribuire a favore della tesi interventista meglio che riferendo i casi da me operati, tutti spettanti alla categoria avanzata e qualcuno inoperabile secondo altri chirurgi.

(La presente casistica è fatta esclusivamente col materiale della mia clinica privata).

1. *Ulcera-cancro dello stomaco — Perforazione spontanea acuta — Peritonite.* — Resezione gastropilorica: guarigione.

Gagliardi N., di Aurano, quarantenne: entra in clinica con diagnosi di cancro pilorico, con grosso tumore visibile all'epigastrio: oltre ai relativi disturbi soffre pure di catarro cronico purulento bronchiale del lobo superiore del polmone destro. Malgrado che il deperimento sia notevole ed il tumore grosso quanto un pugno, tuttavia, non esistendo alcuno dei segni di inoperabilità (1), ed essendo ammalata e parenti deliberati a tentare un'operazione arrischiata piuttosto che rassegnarsi ad attendere la morte prossima e certa, si decide l'intervento. Il giorno fissato, essendo comparse le mestruazioni, si era deciso di rimandare ogni cosa, quando improvvisamente si manifestò la perforazione, col ben noto quadro dei dolori improvvisi violentissimi e degli altri sintomi caratteristici, e fummo obbligati ad operare d'urgenza. (Interessa avvertire che all'ammalata non s'erano fatte lavature di stomaco, sondaggi, nè manovre capaci di facilitare una perforazione: la perforazione fu certamente spontanea).

L'intervento si comincia tre ore dopo l'accidente, previe le iniezioni di anestetico di Abbott con aggiunta di poco cloroformio, il giorno 4 ottobre 1919.

(1) Possiamo parlare di inoperabilità in una delle seguenti circostanze:

a) Esistenza di metastasi viscerali o linfatiche lontane (sigmoidi, ovariche, epatiche, peritoneali); si tenga presente la metastasi nel cavo del Douglas, palpabile dalla via rettale: l'ascite, indizio di diffusione al peritoneo: l'ingrossamento linfatico sopraclavicolare: il cosiddetto segno ombelicale, che consiste nell'indurimento della cicatrice ombelicale mentre questa resta fissata e stirata in alto;

b) Cachessia accompagnata da disturbi gastrici di più mesi e da un tumore *fisso* al lato sinistro;

c) Tromboflebite nella gamba ed anche nel braccio;

d) Tutte le lesioni polmonari, cardio-epato-renali controindicanti in generale ogni grave operazione.

Nel mezzo della faccia anteriore della regione prepilorica esisteva un foro ovale i cui margini sottili parevano tagliati a stampo: esso aveva il diametro di circa mezzo centimetro, il contorno di colore di cartilagine, ed anche la consistenza dei punti vicini ricordava la cartilagine, mentre al di là passava in una intumescenza della grandezza di un pugno, di forma irregolare, che era limitata fra il duodeno e il corpo dello stomaco, ed occupava tutta la piccola curvatura in alto, mentre in basso occupava una parte del grande omento, fra stomaco e colon trasverso, e posteriormente prendeva aderenza col pancreas. Subito al di sopra della perforazione era visibile un lembetto omentale che finiva di staccarsi dalla parete anteriore dello stomaco, ed era quello che aveva impedito finora all'ulcera di rompere nella cavità peritoneale.

Dall'ulcera usciva a fiotti, seguendo il ritmo della respirazione, il contenuto dello stomaco, liquido contenente muco e fiocchi bianchi (latte coagulato), di cui buona parte era già uscita nella grande cavità peritoneale ad imbrattare gli organi addominali.

Eravamo in presenza di un grosso tumore gastropilorico con diffusione alle catene ghiandolari prossime, aderenza al pancreas, perforazione nella cavità peritoneale: l'indicazione vitale s'imponeva sopra ogni altra controindicazione: fu deciso quindi di estirpare il tumore a qualunque rischio, e questo fu fatto nel seguente modo: tamponato il foro per evitare l'ulteriore uscita di materiale infettante, isolai e resecai i due terzi dello stomaco con due centimetri del duodeno ed un frammento di pancreas: mobilizzai il duodeno e lo inserii al residuo stomaco, secondo il processo Kocher: feci la *toilette* del peritoneo, aiutandomi col capovolgere la paziente, dopo introdotto dell'etere nell'addome, quindi suturai tutta la ferita senza alcun drenaggio. L'operazione durò in tutto due ore, e l'ammalata lasciò la clinica il giorno quindicesimo dopo l'operazione, ben rimessa in forza e nel pieno possesso delle sue facoltà digerenti. (Assistenti all'operazione: dottori Zanotti e Garzoli).

Il pezzo asportato è un esemplare notevole d'ulcera gigante dello stomaco con fondo a gradinate e trasformazione cancerosa dei margini: il diametro dell'ulcera è di 9 centimetri.

Benchè questo caso basti da solo a dimostrare l'ampiezza dei limiti concessi al chirurgo nelle operazioni contro il cancro, faccio cenno sommario di altri casi avanzatissimi, in cui l'operazione ebbe esito ottimo, sperando che qualche medico finora ostile possa convertirsi ad una più giusta fede nella chirurgia gastrica.

2. *Cancro della grande curvatura in soggetto ematurico.* — Resezione, guarigione.

Minelli Marta, di Armio (Como), di 61 anni: entra in clinica il 2 maggio 1918, con tumore della regione epigastrica, palpabile, grosso come un rene, mobile, dolente. È una donna molto deperita di apparenza cachettica, che avrebbe cominciato a soffrire di stomaco circa

un anno prima, e si sarebbe aggravata a partire dall'autunno ultimo. In quell'epoca cominciò la litania delle solite cure, prima per il catarro, poi per i sintomi che comparivano uno presso all'altro: fu quindi in pellegrinaggio per cliniche ed ospedali, donde venne rimandata a casa, per tumore inoperabile dello stomaco, al finire del 1917.

Oltre all'accennato tumore non risulta all'esame obiettivo (fatta eccezione per la cachessia) altro che un ingrossamento del rene destro ed una ematuria, di cui la paziente dice d'essersi accorta da circa quattro anni senza mai avervi dato importanza, perchè non ne risentiva alcuna molestia. Malgrado l'ematuria e la cachessia (apparente), il tasso dell'emoglobina arriva a 90.

Non risultando alcun segno di inoperabilità, ed insistendosi perchè si tentasse ad ogni costo una operazione, poichè le speranze nella medicina erano perdute, il giorno 6 maggio, assistito dai dottori De Lorenzi e Curti, procedei alla gastroctomia sotto anestesia mista Abbott-cloroformio. Il tumore occupa la regione pilorica e prepilorica, meno una striscia corrispondente alla piccola curvatura: ghiandole retropiloriche e sottopiloriche nello spessore del grande omento: la catena linfatica della piccola curvatura non è visibilmente compromessa.

Vengono resecati circa due terzi dello stomaco: l'anastomosi del duodeno col moncone gastrico non è possibile, e perciò applico il secondo processo di Billroth. Nell'operazione si verifica un incidente curioso: cioè, dopo la resezione del tumore, mentre si faceva la gastroenterostomia, si trovarono compresi fra le pinze enterostate due ascaridi lombricoidi, che avevano eluso le manovre di vuotamento: essi furono estratti, senza che ne conseguisse danno al decorso asettico dell'operazione. L'operata lasciò il letto il dodicesimo giorno e la clinica il 22 maggio, in buone condizioni, pur persistendo l'ematuria.

3. *Cancro pilorico esteso — Cachessia grave.* — Resezione, guarigione.

F. Marianna, di Omegna, cinquantenne, anemia profonda, cachessia, edemi, vomito sanguigno, completa impervietà pilorica, tumore palpabile abbastanza mobile, senza segni di inoperabilità: si prepara per alcuni giorni con clisteri alimentari ed iniezioni a forti dosi di lecitina. Operata il 3 giugno 1912, assistente il dott. Clerc. La resezione arriva fino a tutta la piccola curvatura e termina col processo di Kocher. L'ottavo giorno dopo l'operazione l'operata lascia il letto e si nutre con cibo variato come gli altri convalescenti della clinica, ed esce guarita il giorno 13 giugno.

4. *Cancro pilorico voluminoso.* — Resezione, guarigione.

Vagl. Giuseppina, d'Intra, d'anni 56. Tumore palpabile del volume apparente d'un uovo di tacchino, mobile non in tutte le direzioni, senza dilatazione gastrica; anoressia, dimagramento, cachessia incipiente.

Viene operata il 4 maggio 1916, sotto anestesia mista (Abbott-cloroformio), assistenti i dottori De Lorenzi e Clerc.

Si trovano ingrossate le ghiandole della piccola curvatura, le retro e sotto-piloriche: l'anastomosi vien fatta col processo Kocher: durata dell'operazione 1 ora e 30 minuti. Il tumore è grosso come un ovo di piccione, emisferico, impiantato sulla parete posteriore, sulla piccola e grande curvatura, occupando 2/3 della circonferenza e lasciando libera la porzione anteriore: non è ulcerato.

L'operata lascia la clinica guarita il dodicesimo giorno.

5. *Ulcera-cancro prepilorica.* — Resezione, guarigione.

N. B., di Oggebbio, quarantacinquenne, ammalata da vari anni, ultimamente con vomito alimentare e stasi gastrica da impervietà del piloro. La sonda estrae dopo più di sette ore residui alimentari fetidi: in ultimo, colla lavatura, esce sangue: si constata la presenza di acido cloridrico e lattico,: non si avverte tumore, ma una maggior resistenza sotto lo scrobicolo. Operazione il 31 agosto 1918, sotto narcosi mista, coll'assistenza dei dottori De Lorenzi e Curti. Incisione mediana lateralizzata, lunga 15 cent.; aderenze retropiloriche, piccolo omento raggrinzato ed ispessito, molte ghiandole nel gastrocolico, indurimento della piccola curvatura, che viene sezionata in tutta prossimità del cardia: non si riesce ad esteriorizzare lo stomaco e si deve mobilizzare il duedeno per poter fare l'anastomosi secondo Kocher. Durata un'ora e mezzo. L'undecimo giorno l'operata esce guarita.

L'esame del pezzo mostra una ulcera della piccola curvatura, perforata e tappata con un lembo di epiploon, a fondo indurito, inspessito, lardaceo.

Un altro caso completa la piccola serie di resezioni da me fatte nella mia clinica, ed è finito col decesso del paziente, in conseguenza di peritonite da perforazione, per necrosi nel duodeno: in questo soggetto esisteva ptosi viscerale, far l'altro di un lobo epatico allacciato, ed il gruppo ghiandolare della piccola curvatura era interessato in guisa da rendere difficile più del solito l'isolamento e la successiva anastomosi. La morte avvenne fra il terzo ed il quarto giorno, dopo che dalla ferita laparotomica era uscito un ascaride: questa circostanza non rara nel decorso degli interventi sul tubo digerente può aver avuto parte nel cattivo esito.

Di queste cinque operate una sopravvive in ottime condizioni (5ª) da oltre due anni: quella di cui al n. 1 ha già grosse metastasi al fegato: le altre sono morte dopo un periodo di completo benessere, per metastasi, salvo una di cui non ebbi notizie.

La deduzione meno ottimista risultante da queste storie è che l'operazione serve a prolungare la vita e diminuire le sofferenze: ma si può aggiungere, senza peccare di soverchio ottimismo, che questi operati diventano suscettabili alle cure radioterapiche, e che i casi non troppo avanzati (come il caso n. 5) hanno discrete probabilità di guarigione definitiva, quale nessun mezzo, all'infuori della chirurgia, è purtroppo in grado di dare fino ad oggi.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

CLINICA PEDIATRICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
diretta dal prof. L. CONCETTI.

Esantema scarlattiniforme da malaria

per il dott. G. GENOESE, assistente.

Nel decorso della malaria è possibile riscontrare eruzioni cutanee diverse ed autori antichi e moderni accennano a queste forme: Marchiafava e Bignami ed altri della scuola medica romana che ha dati valorosi cultori dello studio della infezione palustre, descrissero casi di erpete e di esantema morbilliforme; Laveran, Barbarotta, Puccinotti, Moscato e Borsieri osservarono spesso l'orticaria e le petecchie; Torti, Lanzoni, Masucci e Notarianni rilevarono casi di malaria con esantema pustoloso; Moncorvo e Obedonaro con eritema nodoso; Engmann, Werloff e Spolverini descrissero forme porporicle varie ed ancora altri autori notarono spesso nella infezione malarica l'eritema polimorfo, il pemfigo, l'orticaria (più di ogni altra manifestazione frequente) ed altre manifestazioni che ritennero legate alla natura stessa della malattia.

Nei bambini non mancano osservazioni del genere, ma non sono così facili a riscontrarsi, nè sono così frequenti come nell'adulto onde mi piace riferire il caso che ebbi occasione di osservare l'anno scorso (tanto più che nei classici trattati di pediatria a tali forme è appena accennato) e che riguarda un bambino con esantema scalattiniforme da malaria.

A. L., di anni 6, da Grotte di Gregna, località malarica dell'Agro Romano sulla via Collatina. Dalla anamnesi risulta che il padre e la madre sono malarici e così anche un fratello maggiore.

Il piccino ha avuto allattamento materno per nove mesi e non è stato mai male fino all'età di due anni, quando ebbe morbillo e broncopolmonite consecutiva; a tre anni ebbe pertosse e poi nulla più; da otto giorni ha ogni due giorni febbre alta che si inizia col brivido e cade col sudore e che lo lascia abbattuto ed assopito per circa mezza giornata.

Da qualche giorno si sono aggiunti il vomito, cefalea intensa, rigidità della nuca ed una eruzione scalattiniforme più spiccata al viso ma abbastanza evidente al tronco ed agli arti superiori: gli arti inferiori sono risparmiati: i parenti dicono che allo inizio della febbre, una settimana fa, il bambino ebbe la stessa eruzione, ma non così vasta e generalizzata ed aggiungono che scomparve subito.

L'esame obiettivo del piccolo paziente rileva sviluppo scheletrico regolare, masse muscolari poco toniche, colorito pallido delle mucose, nulla di anormale agli organi toracici; lingua arida, un po' impaniata, nulla alle fauci, alle tonsille ed alla mucosa orale; addome piuttosto meteorico, indolente, milza nettamente palpabile, dura.

A carico del sistema nervoso oltre la cefalea e la rigidità nucale, si nota accenno al Kernig; temperatura 38.9: urine normali.

Si pratica la puntura lombare dalla quale si ottengono oltre 20 cmc. di liquido limpido ad alta pressione, quasi a zampillo che esaminato si è visto con albumina aumentata (0.50 al Nissl); cloruri aumentati (8.30 ‰): assenza di reticolo, assenza di reazione di Boveri: nel sedimento *intensa linfocitosi*, non germi (1).

Dopo la rachidocentesi è praticata una iniezione di 0.50 di chinino, e la sera altra iniezione: i fenomeni nervosi si attenuano a mano a mano dopo le iniezioni, fino a scomparire, il bambino non accusa più cefalea, non ha rigidità nucale, è meno abbattuto, più vispo e l'eruzione scarlattinosa sparisce di un tratto dopo essere durata tre giorni.

L'eruzione nel bambino del quale brevemente ho tracciato la storia era molto cospicua al volto specie ai contorni della bocca, del naso ed al mento, di un colorito rosso scarlatto che durante l'accesso febbrile si faceva intensamente vivo: al tronco era abbastanza evidente allo sterno ed alle regioni mammarie, meno evidente negli altri punti procedendo verso l'addome dove nei quadranti inferiori nettamente si arrestava non raggiungendo le coscie: posteriormente interessava tutto il dorso.

L'eruzione in tutto simile allo esantema scarlattinoso era costituita da piccolissimi puntini rossi molto ravvicinati e collegati fra loro da una zona iperemica: la cute per tale eruzione appariva come nella vera scarlattina ruvida, come zigrinata al tatto, oltre al caratteristico colorito delle parti colpite. Non era pruriginosa.

Gli elementi per la diagnosi di esantema scarlattiniforme da malaria erano evidenti e la diagnosi non poteva essere diversa tenendo conto dei risultati della anamnesi e dello esame clinico: oltre al fatto che il piccino aveva avuta la stessa eruzione una settimana prima allo inizio della febbre e che poi scomparve, oltre al fatto dei genitori malarici e della località eminentemente malarica bastava il tipo della febbre ed i caratteri di essa, iniziantesi col brivido e remittente col sudore, per orientarsi, a prescindere che per il sospetto di scarlattina vera mancava l'angina tipica delle vere forme scarlattinose.

Ed invero la conferma della natura malarica della manifestazione cutanea descritta si ebbe con l'esame del sangue praticato subito e dal fatto che la eruzione scomparve appena dopo le iniezioni di chinino: la scomparsa fu istantanea, non graduale e seguì immediatamente dopo alla caduta della febbre: sui punti della pelle più colpiti, di notevole, una residuale leggerissima desquamazione furfuracea specie al dorso ed alle regioni mammarie.

***

L'esantema scarlattiniforme nel decorso della infezione palustre non è una rarità clinica e scorrendo le pubblicazioni che più specialmente riguardano le febbri di malaria questa for-

---

(1) Dal lato delle manifestazioni nervose questo caso fu illustrato sul *Policlinico*, sezion pratica, 1919.

ma si trova accennata anche dagli antichi: Morton nella sua opera sulle febbri intermittenti che risale al 1696 accenna ad un ammalato che durante l'accesso febbrile *cutis rubedine intensa ubique perfundebatur* e che guarì con il chinino e parla di altro infermo con *febrem scarlattinam simulante;* Borsieri nelle istituzioni di medicina pratica pubblicate a Milano nel 1785 parlando delle terzane dice che non è da mettere minimamente in dubbio potersi anche *purpuram scarlattinam arrogere* ai sintomi costituenti simili terzane e Notarianni nelle osservazioni sulle febbri di mutazione accenna ad una eruzione della pelle simile alla scarlattina. Ma sempre stando agli autori meno recenti, delle forme esantematiche nella malaria si occupò il più di tutti il Puccinotti, nella sua storia delle febbri intermittenti perniciose di Roma: in un capitolo di questa opera egli traccia dei quadri clinici nei quali è facile riconoscere manifestazioni cutanee diverse dovute alla infezione palustre e riporta osservazioni di orticaria maculosa, tuberosa, di petecchie, di miliare scorbutica e descrive un caso di perniciosa con esantema scarlittiniforme che per tre volte compare e disparve seguendo gli andamenti della febbre ed osserva giustamente come questi esantemi mancano del carattere essenziale non essendo propagabili per contagio.

Questa affermazione del Puccinotti è ribadita dal Barbarotta nella sua monografia sulle febbri intermittenti ed è anche confermato che fra i caratteri peculiari di queste forme è quello che seguono regolarmente il corso degli accessi febbrili e spariscono col declinare della febbre oltre che risentono bene la chinina.

Venendo agli autori più recenti casi di malaria con eruzione scarlattiniforme hanno osservato il Moscato e che sono riportati nella sua monografia sulle localizzazioni multiple che l'infezione palutstre può produrre nello organismo, Marchiafava e Bignami, e Masucci che ritiene tali esantemi appannaggio dei casi gravi: notevole è il caso riferito da Bastianelli e Bignami nel quale l'esantema del tutto simile a quello della scarlattina era diffuso a tutto il corpo, con eritema delle fauci, e nel quale si ebbe desquamazione estesa ed a larghe falde.

Recentemente il Tarasconi (*Policlinico*, sezione pratica, 1909) ne descrisse un caso abbastanza dimostrativo; si trattava di un individuo di 31 anno, nel quale gli accessi malarici si ripetevano quotidianamente alle ore 8 del mattino che in uno di questi accessi, allo inizio del periodo febbrile, presentò delle chiazze rosse scarlattiniformi leggermente rilevate sulla cute a margini nettamente delimitati, alcune chiazze erano isolate della grandezza di una lenticchia a quella di una moneta da un centesimo, ma la maggior parte di esse aveva tendenza a confluire e a presentare delle forme irregolari a varia configurazione: tale esantema durò finchè durarono gli accessi febbrili. Sulla natura di queste eruzioni che, come ben dice l'Ascoli, hanno caratteri morfologici alquanto diversi da quelli che presentano nelle malattie tipiche è oramai da tutti ammesso che si tratta di fenomeni tossici: le sostanze tossiche secondo l'Ascoli agirebbero o mediante turbe vasomotorie o direttamente irritando i tessuti.

Esantemi simili del resto furono descritti nel decorso di altre malattie infettive: Moravitz nella recente epidemia di influenza ne osservò di diverse forme e identici all'esantema del morbillo e della scarlattina e li osservò non solo nei casi gravi ma anche nei casi lievi, alcuni con tendenza alla ripida risoluzione, altri a risoluzione lenta: principalmente colpivano il tronco e la superficie interna delle coscie e venivano riscontrati sopratutto in bambini o in giovanetti al disotto dei venti anni.

L'Oliver in questi ultimi tempi (*Gaceta med. catalana*, 1919) illustrò un caso di esantema scarlattiniforme di natura gonococcica: si trattava di un giovane a 18 anni con grave blenorragia che in 15ª giornata presentò una eruzione caratteristica scarlattinosa localizzata al tronco prima e poi agli arti: l'eruzione durò 24 ore poi cominciò ad impallidire ed al 5° giorno scomparve lasciando una lieve desquamazione.

CONFERENZE.

Affezioni cutanee e malattie interne.

(M. SCHOLTZ. *Medical Record*, 15 maggio 1920).

La pelle è l'organo di maggiore estensione e a multiforme funzione. Oltre a provvedere alla protezione del corpo, essa ha funzioni sensitive, respiratorie, termo-regolatrici, escretive. La sua enorme vascolarizzazione ed innervazione dà ragione delle intime relazioni fisiologiche tra la cute e le altre parti del corpo. È stato quindi giustamente ritenuto che la pelle possa costituire la superficie indicatoria di disturbi viscerali e che le malattie della pelle possano essere il segno del pericolo. Questa concezione naturalmente non ha nulla di comune con la teoria che considerava le malattie cutanee come un benefico processo di eliminazione di impurità attraverso le zone affette.

Un elemento di grande importanza nella patologia della pelle sta nel fatto che per la sua topografia la cute è soggetta ai danni derivanti da azioni meccaniche, fisiche, chimiche e parassitarie. Le influenze atmosferiche, il freddo e il caldo, il vento ed i raggi solari, una grande varietà di parassiti animali e vegetali, le secrezioni normali ed anormali del corpo, i grattamenti per eliminare il prurito, sono tutte azioni che tendono ad intensificare gli impulsi morbosi primitivi di origine sistematica o locale.

Le dermatosi sono state distinte in locali e sistematiche.

Alle dermatosi locali appartengono principalmente le malattie parassitarie, i tumori, le atrofie, le degenerazioni.

Alle dermatosi sistematiche o sintomatiche appartengono la sifilide, la tubercolosi, l'eritemata scarlattinoide, l'urticaria, l'eczema, la psoriasi, la dermatite erpetiforme, il pemfigo, l'eritema multiforme, il morbo di Raynaud, le eruzioni medicamentose, le pigmentazioni ed atrofie generalizzate.

Il numero delle dermatosi sistematiche è piccolo, a esse sono così comuni, e d'altronde è così difficile stabilirne il rapporto con i fattori costituzionali, che la loro importanza è certamente più notevole in confronto delle dermatosi locali la cui identificazione è sempre più facile. D'altra parte la distinzione fra l'uno e l'altro gruppo di dermatosi non è netta. Il prurito, ad esempio, può determinare insonnia con i conseguenti disturbi dello stato generale. L'assorbimento di pus da infezioni stafilococciche e streptococciche della cute può provocare febbre e disordini generali. Un'affezione parassitaria della cute, come una blastomicosi o sporotricosi, da superficiale e locale può diventare diffusa e provocare focolai di metastasi con esito anche letale. Una innocente seborrea può dar luogo a cheratosi e quindi ad epitelioma. Così analogamente le dermatosi sistematiche spesso hanno fenomeni locali, talvolta inesplicabili. Sarebbe, ad esempio, da aspettarsi che le infezioni esantematiche, come del resto le intossicazioni, dessero eruzioni universalmente diffuse, ma, viceversa, in pratica si verifica che vi sono delle zone cutanee colpite di preferenza. La psoriasi, una dermatosi senza dubbio sistematica, ha una marcata predilezione per le ginocchia, i gomiti ed in genere per le superficie estensorie; l'eritema multiforme colpisce prevalentemente il dorso delle mani, la superficie tibiale e la nuca, il lichene piano la superficie flessoria degli avambracci e delle gambe, molti eczemi dietetici e tossici alcune limitate aree della cute. Non è dubbio quindi che accanto al fattore costituzionale nella determinazione del processo morboso cutaneo entrino altri elementi, che possono essere azioni meccaniche o traumatiche, disturbi vasomotorî locali, influenze nervose riflesse e simili.

Ma queste azioni secondarie non hanno un valore decisivo: la causa essenziale delle affezioni cutanee sistematiche sta in un disturbo costituzionale.

Del resto il concetto che la cute riflette lo stato di salute dell'organismo è diffuso anche tra i profani. La scienza naturalmente dovrebbe essere al riguardo più concreta nel senso di dare alle affezioni sistematiche una indicazione definita e specifica. Sarebbe desiderabile che ad ogni disordine viscerale corrisponda un'affezione cutanea ben definita semeiologicamente. Purtroppo però manca questa specificità di rapporto tra il tipo morfologico delle lesioni cutanee e i fattori patogenetici che le determinano. Non solo lo stesso fattore eziologico può produrre differenti tipi di lesioni della pelle, ma lo stesso tipo dermatologico può essere prodotto da differenti fattori eziologici.

L'antica concezione che le malattie della pelle siano sempre identiche, rimangano stazionarie per tutto il loro decorso, è stata abbandonata.

Attualmente si ritiene che ogni affezione cutanea può presentare infinite varietà e modificazioni dipendenti da alterazioni secondarie, dalla localizzazione e da peculiari condizioni individuali. Perciò, mentre il dermatologo non è ancora in grado di indicare, per ciascun di-

sordine costituzionale, una sindrome cutanea, può invece indicare le correlazioni fra gruppi di malattie cutanee e malattie organiche. Questi complessi sintomatici dermatologici hanno una notevole importanza diagnostica.

Tra le correlazioni fra sindrome cutanea e malattia costituzionale, la meglio stabilita è quella riguardante la sifilide. Le caratteristiche delle lesioni cutanee di origine sifilitica sono le seguenti: colorazione rosso-scuro, di prosciutto crudo, o rameica, margini netti, infiltrazione cutanea e sottocutanea profonda, tendenza a formare lesioni piane, serpiginose, circinnate; tendenza negli stadi avanzati alla ulcerazione ed a formare cicatrici delicate, gradualmente depigmentate, increspate. Queste stimmate specifiche si trovano in varie combinazioni e gruppi in ogni caso di sifilide cutanea e sono patognomoniche. In presenza di questi segni è ozioso insistere nel voler trovare la sifilide nella storia del paziente. Al riguardo bisogna notare che non è scientifico nè pratico voler basare la diagnosi sulla sincerità, sulla memoria e sul potere di osservazione del paziente. Purtroppo le lesioni sifilitiche primarie sono spesso trascurate o ignorate. In casi sospetti è quindi miglior partito quello di procedere all'esame accurato della pelle per rilevare eventuali lesioni le cui caratteristiche non possono mai lasciar dubbio.

Un altro elemento diagnostico di cui comunemente si abusa nell'accertamento delle lesioni cutanee è la reazione di Wassermann. È una tendenza molto diffusa nei medici pratici di accettare senz'altro il responso del laboratorio. E ciò mentre gli stessi serologisti hanno creduto di fare delle riserve sul valore di questa prova. La reazione di Wassermann può riescire negativa anche in casi non dubbi di sifilide cutanea, e, d'altra parte, un risultato positivo non prova la specificità di lesioni cutanee, essendo risaputo che i sifilitici non sono immuni nel confronto di altre malattie cutanee, anzi vi sono predisposti più che gli altri. La reazione di Wassermann ha un valore assoluto nella sifilide viscerale e cerebrospinale e per il controllo dell'azione terapeutica.

Un'altra sindrome clinica cutanea di notevole importanza è quella di natura tubercolare. Oltre alle caratterstiche forme tubercolari, il lupus e le forme verrucose ed ulcerative, c'è un gran numero di tipi detti tubercoloidi, dovuti all'azione locale di bacilli o loro tossine per via ematica (scrofuloderma, follicoliti, acne varioliforme, lichene degli scrofolosi, eritema indurativo o malattia di Barin). Queste forme sono molto più comuni di quel che sia registrato nella letteratura, ma di solito non son poste in rilievo o rimangono anche ignorate per il loro insignificante aspetto clinico, per la loro lenta cronicità e per la mancanza di disturbi subbiettivi. In effetti la presenza di queste forme tubercoloidee è sempre l'indice di una infezione tubercolare attiva o semilatente localizzata dovunque, ma più frequentemente di una tubercolosi glandolare.

I rapporti fra diabete ed affezioni cutanee sono ben noti. La pelle arida, il prurito generalizzato o locale, l'eczema dei genitali, la foruncolosi o i favi, le ulcere secche gangrenose e gli esantemi sono tutti segni che devono far sospettare la glicosuria.

Una sindrome cutanea che dovrebbe avere molto interesse per il medico generico e sopratutto per il pediatra è l'eritema multiforme, di cui sono ben note le relazioni con la infezione reumatica. Ci sono tre tipi di eritema multiforme che sono spesso accompagnati da sintomi costituzionali (febbre e fatti articolari): l'eritema multiforme a tipo papuloso, l'eritema nodoso ed infine il tipo purpurico che in rapporto alla intensità dei fatti generali è detto porpora reumatica, porpora emorragica di Werlhoff, o porpora di Henoch. Il riconoscimento precoce e la interpretazione esatta di queste lesioni può rendere grandi servizi per la prevenzione della infezione reumatica e delle sue complicazioni cardiache.

Il gruppo dell'eritema multiforme è il più caratteristico fra le dermatosi dovute ad infezione a focolaio, tra le quali bisogna per altro annoverare le forme bollose, erpetiche e meno frequentemente le eczemotose e psoriasiche.

È stata anche identificata una sindrome cutanea da leucemia. Oltre a piccoli tumori bluastri, che sono veri granulomi, si ha prurito persistente, esantemi pruriginosi, pigmentazioni bronzine, lesioni purpuriche. L'aspetto e la persistenza di dette manifestazioni cutanee, quando non abbiano altri fattori etiologici, devono far pensare alla possibilità di una leucemia latente.

Tra le dermatosi di grande importanza clinica vanno annoverate le dermatosi precancerigne: i porri seborroici, le cheratosi senili, il morbo di Paget, le leucoplasie ed i nei pigmentati sono tutte lesioni potenzialmente maligne.

Non meno interessanti sono le forme cutanee dovute a sindromi endocrine.

Tutte le gradazioni dell'ipertiroidismo e dell'ipotiroidismo, dal morbo di Basedow al mixedema, sono accompagnate da lesioni cutanee. La sindrome cutanea da ipotiroidismo è

caratterizzata da pelle secca, spessa, pastosa, soppressione della perspirazione, capelli aridi e fragili, olopecia. Oltre a ciò, molti casi di eczema cronico secco, di psoriasi, di ittiosi e di sclerodermia migliorano con la somministrazione di tirode, e quindi è logico pensare che esse siano causate da un difetto della funzione tiroidea. Nell'ipertiroidismo invece la pelle è sottile e umida, la perspirazione è aumentata, e si hanno forme di orticaria, pigmentazione, distrofie delle unghie, prurito e cheratiuizzazione.

L'associazione di lesioni surrenali con la pigmentazione della pelle è ben nota, ed è stato anche dimostrato il rapporto tra vitiligo e disturbi delle capsule surrenali.

I disordini della funzione ipofisaria sono accompagnati, oltre che da acromegalia, da sviluppo di fibromi cutanei, porri, alopecia negli uomini, ed ipertricosi nelle donne.

Molteplici lesioni cutanee sono state attribuite a disordini della secrezione interna delle glandule sessuali: alterazioni della pelle dopo la castrazione, l'*herpes progenitalis*, l'eritema multiforme, l'orticaria, le emorragie sottocutanee e sotto-ungueali vicarianti, accompagnate a disturbi della mestruazione, i tipi di eruzione cutanea descritti sotto il nome di dermatite dismenorroica, quali la pigmentazione della linea alba e dei capezzoli, il cloasma uterino, l'impetigine erpetiforme della gravidanza e la tendenza alla ipertricosi e dall'acne rosaceo nel climaterio.

Vanno infine ricordate le dermatosi neurotiche, come il morbo di Raynaud, la gangrena simmetrica, la sclerodermia, l'edema angioneurotico, l'*herpes*, la dermografia, il cui rapporto con la disfunzione di glandule endocrine è più che probabile.

Anche nel campo dell'anafilassi la dermatologia rende utili servigi. Mediante la inoculazione intracutanea o subcutanea di proteine alimentari si può identificare quella responsabile dell'anafilassi, e con ciò si può procedere alla disensibilizzazione dell'organismo.

dr.

AVVERTENZE.

I quesiti devono prospettare temi d'interesse generale; non devono comportare consultazioni cliniche; non devono riferirsi a indicazioni bibliografiche su argomenti speciali.

Si prega di non formulare più di un quesito per volta. Volendo inoltrare più quesiti, questi dovranno essere scritti su fogli separati.

Perchè i quesiti abbiano esito, devono recare la firma, la residenza ed il numero d'abbonamento del richiedente; se questi ne esprime il desiderio, nel giornale figureranno soltanto le sue iniziali od una sigla convenzionale.

Le risposte seguiranno con la massima sollecitudine consentita dalle esigenze redazionali; ma non è garantita una risposta immediata.

Non si risponde privatamente.

LA REDAZIONE.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

Contributi alla patologia del polmone.

(A. EPPINGER e R. WAGNER. *Wien. Archiv für in Med.*, vol. I, 1920).

I. *L'endoarterite obliterante del polmone.* — In questa rara affezione (gli AA. ne osservarono cinque casi in 8 anni) le piccole arteriole del polmone sono colpite da un processo sclerotico, mentre tanto il tronco e i grossi rami dell'arteria polmonare, quanto l'aorta e le arterie periferiche rimangono completamente normali. L'endoarterite obliterante dei piccoli vasi polmonari ischemizza il polmone e produce un grave ostacolo al piccolo circolo: da ciò dapprima ipertrofia, più tardi insufficienza del ventricolo destro. I malati di solito vengono visti dal medico soltanto in questo stadio di grave insufficienza circolatoria. La cianosi e gli edemi sono molto intensi, i malati soffrono di dispnea, evitano ogni movimento, non risentono però alcun danno dal giacere in posizione supina. Il polso è piccolo, non accelerato; le vene pulsanti. Non c'è enfisema dei polmoni. Il cuore destro è enormemente ingrandito mentre l'atrio sinistro si rivela allo esame radioscopico di volume normale. Quest'ultimo carattere come pure l'assenza di stasi polmonare rilevabile dalla mancanza di catarri da stasi e di cellule da vizio cardiaco nello sputo, e specialmente però dall'aumentata permeabilità dei polmoni ischemici ai raggi Röntgen (mentre nei polmoni da stasi la permeabilità è diminuita) differenziano il quadro morboso da quello di una stenosi mitralica che non si riveli con fenomeni acustici.

Il secondo tono sulla polmonare è accentuato; è costante una pulsazione epigastrica. I cardiocinetici non influenzano affatto tale stato di grave insufficienza del cuore destro; la prognosi è sempre infausta.

II. *Influenza dei farmaci sui vasi del polmone.* — L'A. osservò due ammalati di tachicardia e fibrillazione degli artri, nei quali la somministrazione di digitale in forte dose migliorò i sintomi esistenti, producendo però dei notevoli disturbi, circolatori, fino allora non esistenti: edemi, cianosi, oliguria, oppressione al petto, turgore delle vene superficiali. Il cuore destro era dilatato mentre il cuore sinistro era normale. Ciò induce l'autore ad escludere un'azione tossica della digitale sul cuore e ad ammettere un'azione vasocostrittrice del farmaco sui vasi del polmone con

susseguente ostacolo al piccolo circolo ed insufficienza del cuore destro. Degli esperimenti eseguiti su animali vivi, iniettando loro nella arteria polmonare delle soluzioni di digitossino e di strofantina, confermarono l'azione vasocostrittrice esercitata da tali sostanze sui vasi del polmone. Naturalmente in seguito alla somministrazione di digitale a scopo terapeutico, il sangue polmonare non contiene mai il farmaco in dose tale da esser paragonata a quella contenuta dopo eseguiti gli altri esperimenti, però in alcuni individui i vasi polmonari possono essere sensibili anche a piccolissime dosi di digitale.

Gli esperimenti accennati dimostrarono pure un'azione vasodilatatrice delle soluzioni di papaverina e di caffeina sui vasi polmonari. È perciò molto utile somministrare la digitale associata con la caffeina. L'A. pensa che uno stato di contrazione spastica dei vasi polmonari possa spiegare talvolta la causa della *miodegeneratio cordis* in quei casi nei quali nessuna causa è rivelata dall'esame necroscopico.

POLLITZER.

Volumen pulmonis diminutum.

(H. POLLITZER. *Münchn. med. Wochenschr.*, n. 39, 1919).

L'A. ha designato con tale nome uno stato del polmone, caratterizzato da una diminuzione del volume di esso.

Questa diminuzione è dovuta al fatto che il margine anteriore del polmone destro si è ritratto dal *sinus costo-mediastinalis* ed ha in tal modo lasciato scoperto il cuore. Il margine polmonare assume così quella stessa posizione ch'esso suole assumere in seguito alla dilatazione del cuore; l'apparente ingrandimento dell'aia cardiaca risultante in seguito alla ritrazione del margine polmonare è stata la causa della confusione finora avvenuta, di tale stato, con la dilatazione cardiaca. Contemporaneamente anche il margine polmonare inferiore si ritrae dal seno pleurico complementare, lasciando in tal modo scoperto il fegato. La diminuzione di volume del polmone sinistro è molto meno accentuata di quella del polmone destro.

Il *volumen pulmonis diminutum* si riscontra nella clorosi, nel morbo di Basedow e nella malaria cronica. Esso dipenderebbe da un'ischemia del polmone, prodotta nelle due prime affezioni dall'abituale contrazione vasale, nella malaria dall'infezione cronica dei vasi polmonari.

POL.

CHIRURGIA.

La via retroperitoneale per l'apertura di ascessi addominali profondi.

(KEPPICH. *Zentralblatt f. Chir.*, n. 6, 1920).

Le raccolte purulente dell'addome, consecutive a ferite oppure di altra origine, si possono svuotare per via transperitoneale o per via extraperitoneale. L'A. non si dilunga nello svuotamento per la via dell'intestino (drenaggio del retto). Prende punto di partenza dal seguente caso:

Un tenente di 22 anni fu ferito il 2 ottobre 1917 al fronte da arma da fuoco all'addome. Si praticò subito la laparotomia e trovato il retto ferito, fu suturato. Le urine contenevano sangue, non fu notata lesione degli ureteri. All'infuori della suppurazione delle pareti addominali, lo stato del paziente era discreto e così fu rinviato nel territorio.

Ammesso il 2 ottobre nel reparto dell'A. presentava:

Paziente fortemente dimagrito. Temperatura 38.3. Polso 112, addome discretamente tumefatto. 3 cm. a destra e poco sopra l'ombelico si rinviene la cicatrice del foro d'ingresso del proiettile, della grandezza di 2 centesimi, il foro di uscita si trova nella parte esterna della natica sinistra, corrispondente alla metà della squama dell'ileo, leggermente suppurante. Nella linea mediana sotto l'ombelico una ferita da laparotomia suppurata. L'addome non è sensibile alla pressione, la parete non è tesa. A livello dell'ombelico, sulla linea mediana, si nota una tumefazione profonda, rotondeggiante, dolorosa alla pressione. L'esame rettale come anche il resto dell'esame obiettivo è negativo: intestino pervio.

Lo stato del paziente non era nel momento grave e l'A. decise di attendere.

Il 25 ottobre il paziente fu colto da brividi, la temperatura salì a 39,6. La tumefazione già notata a livello dell'ombelico, dolorosa, era circa della grandezza d'un uovo, fissata alla parete addominale posteriore. Alla percussione non si nota riduzione del suono, evidentemente a causa degli intestini sovrastanti. Giacchè il resto del reperto fu negativo, si dovette riportare alla tumefazione la causa della febbre. L'A. ritenne l'apertura transperitoneale del probabile ascesso controindicata per i seguenti motivi:

1° Per il timore d'infettare la cavità addominale;

2° Per le aderenze intestinali ed epiploiche, che erano da aspettarsi anche colla pa-

rete addominale anteriore, per la previa laparotomia. L'accesso alla raccolta purulenta profonda poteva incontrare delle difficoltà e il paziente assai decaduto non avrebbe potuto sopportare un'operazione di lunga durata;

3° Con una nuova laparatomia si poteva temere l'infezione della cavità addominale da parte dell'antica ferita ancora suppurante.

L'A. si vide costretto a scegliere la via retroperitoneale. Fece un'incisione obliqua di 14 centimetri in anestesia di cloruro d'etile, cominciando dalla linea ascellare anteriore sinistra, con decorso parallelo alla cresta iliaca, come si fa per accedere per vie retroperitoneali al tratto lumboiliaco dell' uretere. Dissezione dei muscoli nella direzione del taglio, sollevamento del colon discendente e scostamento del peritoneo. Si trova l'arteria iliaca comune sinistra alla sua origine, medialmente della quale si nota una tumefazione più grande di un uovo. La puntura esplorativa da pus. Si svuota una raccolta di 100 cmc. Si applica un grosso tubo di gomma e si chiude un terzo della ferita con punti di catgut. Poi si pratica la toletta del foro di uscita sulla natica. Si allarga il tragitto del proiettile attraverso alla squama dell' ileo colla tenaglia da ossa: il muscolo iliaco non dimostra anormalità. Non si può seguire il decorso del tragitto nel muscolo. Drenaggio. In 2 giorni il paziente sfebbrò.

L'ammalato si rimise presto. Il decorso venne disturbato l'8 dicembre da un'eresipela della ferita da laparotomia, che durò 10 giorni. Il 28 dicembre si svuotò un ascesso della natica ed uno della regione sacrale. L'8 febbraio 1918, si ampliò la ferita lombare, ancora aperta, essendo aumentata la temperatura da qualche giorno, ma con risultato negativo. Il 20 maggio tutte le ferite erano chiuse senza ernie della parete addominale. Nel novembre per caso l'A. ebbe la notizia che il paziente stava benissimo

È una tendenza antica nella chirurgia di svuotare suppurazioni addominali evitando la apertura della cavità. L' apertura di ascessi appendicolari a questa guisa è descritta come regola nella maggior parte dei libri di testo. Si possono avere degli accidenti spiacevoli, incidendo ascessi periappendicolari situati piuttosto medialmente con una incisione addominale praticata nel punto di maggior sporgenza: molte volte si giunge all'ascesso soltanto attraverso la cavità addominale. Se invece si penetra nel punto di ripiegamento del peritoneo cecale, dove si trovano sempre delle aderenze, si può raggiungere l'ascesso magari un poco più distante, però senza l'apertura della cavità addominale.

L'A. preferisce in ogni caso l'apertura extraperitoneale alla transperitoneale, che secondo Wolff dà una mortalità del 10 %. Non vuole dedurre a base d'un solo caso delle conclusioni, vorrebbe soltanto animare a pubblicazioni di casi simili ed egualmente trattati che non riuscì a trovare nella letteratura.

L'A. cita Körte, il quale consiglia lo svuotamento mediante un' incisione lombare con penetrazione per via ottusa dietro e lungo il peritoneo nei casi di suppurazione retroperitoneale del pancreas, dei reni e delle capsule surrenali, di quelle che partono dal canale digestivo (peritiflite) o dalle vertebre. Riguardo alle suppurazioni della coda del pancreas Körte consiglia un'incisione lombare trasversa, parallela al margine inferiore della XII costa, dissecando i muscoli addominali e la fascia trasversa, scostando medialmente il ripiegamento del peritoneo e penetrando per via ottusa lungo il polo inferiore del rene nel tessuto retroperitoneale verso il pancreas.

Wright, Mears, Lejars scelsero la via lombare in speciali casi di affezione delle vie biliari, così pure Sencert, Reboul e Loebker. Anche Kehr accenna a questo metodo. Monks svuotò un'ascesso della regione lombare sinistra con un'incisione parallela alla XII costa. L'ascesso conteneva cenci necrotici derivanti dalla coda del pancreas. Sprengel cita un caso simile di Körte, nel quale la cavità ascessuale si estese fino all'ombelico. Mauclaire e Amandrut descrivono l'apertura extraperitoneale di ascessi dello psoas di origine appendicolare.

L'A. conclude che fu scelta in varie occasioni la via retroperitoneale nelle affezioni delle vie biliari, del pancreas e dell'appendice. Gli ureteri vengono messi all'aperto quasi esclusivamente per la via retroperitoneale. Nei casi di suppurazione da ferite addominali l'A. non trovò nella letteratura nessun precedente di questo metodo, che pure sarebbe molto logico. Anche nelle operazioni degli ureteri — eseguite dai chirurghi con tanta prontezza — gli ureteri si ravvicinano in un punto fino a una distanza di 5-6 cm. Perchè non si dovrebbe prender questa via anche per l'apertura di ascessi? L'A. potè facilmente sollevare nel cadavere il peritoneo della parete addominale posteriore per grande estensione, a sinistra fino al pancreas, a destra fino al di sotto del fegato e all'ingiù da ambedue le parti fino al piccolo bacino. Potè oltrepassare con facilità la linea mediana, sollevando per un tratto discreto il peritoneo della colonna verte-

brale a guisa d'un tunnel. I vasi rimangono sulla parete addominale posteriore, gli ureteri vengono molte volte sollevati col peritoneo. L'A. poi controllò con l'apertura dell'addome del cadavere confermando che il peritoneo era rimasto illeso.

Non bisogna dimenticare i pericoli della lesione dei vasi e degli ureteri e dell'erosione del colon. Se questi però possono essere affrontati nella calcolosi degli ureteri, a parere dell'A. sarebbe conveniente di aprire per questa via anche una suppurazione invece di esporre il paziente ai pericoli della via transperitoneale.

BLUCH.

RADIOLOGIA.

La cistoradiografia.

(M. LEGUEU ed E. PAPIN. *La Presse Médicale*, 3 dicembre 1919).

Con questo nome si intende la radiografia della vescica, previa iniezione nella sua cavità di sostanze opache o trasparenti ai raggi X. Processo identico dunque alla pielografia, che quantunque più complicata (implica il cateterismo ureterale) ha preso un maggior sviluppo. Tuttavia gli AA. praticano la cistoradiografia fin dal 1912, nel quale anno pubblicarono in proposito un articolo nel *Journal d'Urologie*. In seguito uscì una pubblicazione di Kelly su *Surgery Gynecology and Obstetrics* e più tardi autori tedeschi (Zuckerkandl in modo particolare) lavorarono su questo metodo.

I. TECNICA. — Preparazione come per le altre radiografie dell'apparecchio urinario: purgante alla vigilia e, due ore prima, 5 cgm. di estratto tebaico. La compressione e la limitazione della prova radiografica sono fatte per mezzo del cono e del pallone di caucciù. Posizione abituale, nel decubito dorsale; eccezionalmente sul ventrale :sarebbe assai desiderabile la posizione laterale, ma finora gli AA. non vi sono riusciti per lo spessore delle masse ossee e muscolari, e per la concentrazione forzatamente limitata delle sostanze impiegate.

Sostanze da iniettare. — Si può ottenere la immagine della vescica in chiaro o in scuro. Nel primo caso si inietta nella vescica aria od ossigeno, ciò che non presenta il pericolo, prospettato da alcuni, di embolie gassose, quando si misuri il gas iniettato e non lo si mandi sotto forte pressione: al meglio usando una cannula a doppia corrente, empiendo prima la vescica di liquido, e poi introducendo per l'altro tubo gas fino a che il liquido non sia completamente sostituito (Burckardt e Polano).

Volendo ottenere invece un'immagine oscura si inietteranno sostanze opache ai raggi X; cioè:

1° Bismuto, sottonitrato o carbonato, nella dose di 10 gm. per 100 di acqua. A torto lo si è ritenuto pericoloso e capace di produrre calcoli: l'esame cistoscopico all'indomani e nei giorni seguenti non ha rivelato più traccie di bismuto. Gli AA. hanno, invece, abbandonato questa emulsione per la scarsa fissità e la facilità con cui il sale cade al fondo della vescica.

2° Il collargolo è stato adoperato dagli AA. alla dose del 5 % (per le vesciche medie) e del 10 (per quelle grandi): è risultato assai pratico e con esso hanno eseguito la maggior parte degli esami.

3° Lo ioduro d'argento è stato proposto da Kelly: non è solubile e bisogna farne una sospensione. È facile a dosare, non irritante, antisettico: meno costoso del collargolo gli sarebbe superiore se avesse opacità a dose eguale. Gli AA. non ne hanno affatto esperienza.

4° Anche il solfato di bario deve essere adoperato in sospensione (del 10 % in olio di uliva).

5° I sali di torio (solfato e nitrato) hanno parecchi vantaggi. Si ottiene una soluzione, trasparente alla luce, che non macchia, non è irritante, non è tossica. Gli autori usano da qualche tempo il nitrato. E sembra destinato a sostituire il collargolo, rispetto al quale ha anche un prezzo inferiore.

Modo d'iniezione. — Si usa una siringa vescicale. Non sono da temere gli eccessi di pressione, come per la pielografia. La tecnica è differente per i vari scopi e sarà indicata nei singoli casi.

II. RISULTATI. — Prescindendo dalla cistoradiografia normale gli AA. studiano solamente le applicazioni ai casi patologici.

1° *Radiografia nelle malformazioni della vescica.* — Tutte (all'infuori dell'estrofia) possono beneficiare del metodo: ma questo acquista speciale importanza e diviene realmente necessario nei diverticoli vescicali, ritenuti fino a poco tempo fa pure curiosità anatomiche, e che oggi si sanno diagnosticare e trattare, analogamente del resto a molte altre anomalie dell'apparecchio urinario.

In un soggetto disurico, con urine torbide e spesso col fenomeno della minzione in due tempi, la cistoscopia ha fatto vedere un orifizio arrotondato e beante, che viene a chiudersi come una borsa di cui si tirino i cordoni, se, sotto l'osservazione, si vuota la vescica. Nessun dubbio diagnostico dunque. Ma

solo la cistoradiografia, riempiendo il diverticolo, ci mostrerà quali ne sono le dimensioni, quali i rapporti con la vescica. Se il diverticolo è situato dietro alla vescica, esso può essere in tutto o in parte nascosto dall'ombra di questo: in tal caso si potrà o introdurre in esso una sonda opaca, o più semplicemente, dopo aver eseguito una prima radiografia a vescica piena, far urinare il soggetto, e fare una seconda radiografia: di solito il diverticolo non è evacuato ed è facile riconoscere la sua forma, il suo volume, i suoi rapporti.

Altre volte la cistoradiografia ha fatto scoprire diverticoli insospettati, ma che sostenevano una suppurazione invincibile.

2° *Radiografia nei tumori della vescica.* — Dal primo caso, pubblicato nel 1912 gli AA. hanno avuto occasione di osservarne parecchi altri. Dei due metodi di replezione vescicale, con l'ossigeno e con il collargolo, essi hanno dato la preferenza a quest'ultimo. Riempita la vescica quasi al massimo della sua capacità, prendendo una prima radiografia, e ne prendono una seconda dopo aver vuotato l'organo per minzione o col sondaggio: spesso l'immagine del tumore, poco netta nella prima prova lo è di più nella seconda.

La cistoradiografia non è indicata per i piccoli tumori facilmente esplorabili con la cistoscopia, ma per quelli grossi e medi, specialmente quando emorragie ripetute o la cistite da essi determinata impediscono un buon esame cistoscopico. Che se anche questo può praticarsi, esso spesso non ci illustra bene il volume, la forma, il modo d'impianto dei grossi tumori.

I risultati ottenuti sono di tre ordini:

1° Il tumore è inserito sul contorno della superficie di proiezione della vescica: ne risulta che la periferia dell'ombra vescicale è deformata, troncata, smangiata dal tumore.

2° Il tumore è inserito su una delle faccie anteriore o posteriore della vescica: appare allora in chiaro sul fondo più scuro dato dal collargolo.

3° In qualche caso si ha un fenomeno speciale: l'ascensione del collargolo nell'uretere e nel bacinetto, dovuta all'infiltrazione della vescica che rende beante il meato e la porzione intramurale dell'uretere.

I risultati sono stato negativi in qualche caso, in cui poi l'operazione ha dimostrato trattarsi di tumori piccoli ovvero di tumori infiltrati ulcerati della faccia anteriore o posteriore e che quindi non possono determinare una macchia chiara.

Il metodo non è per nulla doloroso. Esso permette di confermare la diagnosi di tumore, di precisarne la sede e il volume prima di un intervento.

3° *Radiografia nell'ipertrofia della prostata.* — Molto meno interessante. Può farsi con l'iniezione o di ossigeno (ombra scura su fondo chiaro) o di collargolo (ombra chiara su fondo oscuro). Nelle grosse ipertrofie si ha un ottimo risultato, ma, essendo sufficienti gli altri metodi d'esame e senza interesse la determinazione precisa del volume della prostata, non è il caso di praticare questa ricerca.

4° *Insufficienza del meato ureterale.* — Accade talora riempiendo la vescica che il collargolo risalga in uno o in ambedue gli ureteri. Questa dilatazione permanente degli orifizi ureterici è stata descritta fin dal 1913 dagli AA., che ne hanno dimostrato la frequenza relativamente grande.

Inoltre vanno avvicinati a questi casi gli altri sopra citati di tumore vescicale in cui il collargolo risale negli ureteri. E, infine, ve ne sono altri, in cui il refluo risale di poco senza arrivare al bacinetto.

5° *Radiografia dei calcoli vescicali.* — Prescindendo dalla radiografia semplice può essere interessante iniettare aria o ossigeno per mettere in evidenza i calcoli. Gli AA. ne hanno ottenuti risultati assai soddisfacenti, e migliori che col metodo inverso di iniettare collargolo per ottenere un'ombra chiara.

Riassumendo: la cistoradiografia è indispensabile per la diagnosi dei diverticoli, utile nei grossi tumori e in tutte le malformazioni vescicali; ha poco interesse nella ipertrofia prostatica; permette di riconoscere l'efficienza della sfintere ureterale; è un ausilio utile nella ricerca dei calcoli vescicali.

SEBASTIANI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 27 giugno 1920.

Presidenza del prof. V. ASCOLI, Vicepresidente.

Sull'azione del succo gastrico sugli enzimi del malto

Prof. D. MAESTRINI. — La continuazione della scissione dell'amido nello stomaco è argomento che ha, per lunghi anni, interessato gli studiosi. Dopo risultati in parte contraddittorî, fu stabilito che l'azione della saliva continuava, dopo la deglutizione del bolo, solo durante i primi istanti, precedenti la secrezione gastrica. L'O. avendo osservato, durante le ricerche sull'orzo germogliato, che i suoi tre principali enzimi (amilasi, proteasi, lipasi) richiedono, per agire, un ambiente acido, pensò d'istituire due serie di ricerche:

1º Stabilire per ciascuno dei fermenti dell'orzo il titolo acido (in HCl) più conveniente alla reazione.

2º Indagare la velocità di azione di ciascun enzima, in presenza di succo gastrico umano e l'influenza di questi enzimi sulle proprietà digerenti del succo gastrico di uomo.

La prima serie di esperienze ha portato alle seguenti conclusioni:

1º L'amilasi dell'orzo germogliato è attiva in presenza di acidi organici ed inorganici; il titolo acido ottimo è di 0,3 %.

2º La proteasi e la lipasi sono pure molto attive nello stesso ambiente, e ad una concentrazione di 0,4 %.

La seconda serie di esperienze ha portato alle seguenti conclusioni:

1º L'azione dell'amilasi, proteasi e lipasi dell'orzo germogliato si esplica sia in presenza di succo gastrico di cane con acidità oscillante tra 2-2,5 ‰, sia di contenuto gastrico di uomo, con acidità da 1-1,5 ‰.

2º Le proprietà digerenti del succo gastrico di cane, e del contenuto gastrico di uomo, non sono ostacolate dalla presenza degli enzimi dell'orzo germogliato.

In ogni caso quindi, in cui la secrezione gastrica venga a difettare, gli estratti di orzo germogliato sono consigliabili, poichè contengono gli enzimi, capaci di scindere i principali composti degli ordinari alimenti, e presentano un alto valore nutritivo, contenendo le varie categorie di sostanze alimentari, già in massima parte scisse.

Un nuovo metodo di colorazione della cellulosa, e la sua importanza nella ricerca delle citasi.

Prof. D. MAESTRINI. — Le ordinarie colorazioni caratteristiche della cellulosa, sia in ambiente acido che alcalino, smontano. Questo ha osservato l'O. allorchè abbisognando di un metodo microchimico per la ricerca della citasi, nell'orzo germogliato, ha sottoposto le sezioni del germoglio (colorite, mediante i metodi suddetti) all'azione di acidi organici ed inorganici, al titolo voluto dalle digestioni da farsi.

Gli era dunque necessario un metodo di colorazione che non smontasse in ambiente acido e dopo lunghe indagini l'ha trovato nell'impregnazione della membrana cellulare vegetale con cloruro d'oro (1 ‰) previo mordenzamento delle sezioni in acido formico (20-30 %) per 12-24 ore. L'impregnazione avviene meglio in termostato a 30° C. Per evitare precipitati di oro nelle sezioni, è necessario seguire attentamente l'impregnazione, e portare le sezioni in acqua distillata, appena assumono un lieve colore violaceo, procedendo poi alla disidratazione ed alla chiarificazione coi comuni metodi. Le sezioni, così colorite, si mantengono inalterate anche in ambiente alcalino, e quindi il metodo potrà servire ugualmente bene, per la ricerca delle citasi animali (es., nel succo del cieco degli erbivori).

Con questo metodo la cellulosa pura assume un bel colore viola che resiste agli acidi ed agli alcali.

L'estratto di orzo germogliato non porta nessuna alterazione sulle membrane cellulari di sezioni di germogli di orzo, colorite con il nuovo metodo.

Il fumo di tabacco come disinfettante della bocca.

Prof. V. PUNTONI. — Espone le ricerche compiute e conclude dicendo che l'azione battericida del fumo di tabacco, così spiccata *in vitro*, possa manifestarsi nella cavità orale tutto al più sui germi di debolissima resistenza e per fortissima quantità di tabacco. In ogni modo rimane esclusa la possibilità di un'azione battericida sui germi che abbiano una resistenza eguale o maggiore di quella del b. della febbre tifoide.

Sulla bradipnea (sino a 5 respiri per minuto) nella aritmia giovanile e in quella provocata dalla caffeina e dall'atropina (sino a 6 respiri per minuto).

Prof. GIOVANNI GALLI. — Premesso che nella malattia da James Mackenzie chiamata *malattia X*, questo autore ha descritto con corrispondente grafica una rarefazione del respiro sino a 7 respiri per minuto, l'O. presenta alcune grafiche, dalle quali chiaramente risulta che il respiro può rarefarsi sino a 5 respiri per minuto. Questa rilevante bradipnea è stata osservata in un giovane militare con aritmia respiratoria evidente e permanente. Quando i centri della coscienza erano ancora meno attivi del solito, insorgeva la bradipnea, così da doversi pensare, che coll'assopimento della coscienza vi fosse anche un assopimento del centro del respiro, e soltanto di questo, poichè la frequenza del polso non subiva *in toto* rilevante modificazione di frequenza.

Oltre questo caso di bradipnea spontanea l'O. dice di aver osservato tale fenomeno provocato dall'uso di medicamenti.

L'O. trae le seguenti conclusioni:

1º Il centro del respiro può in linea eccezionale emanciparsi funzionalmente dai centri moderatori e eccitatori del cuore e provocare una

rarefazione assai rilevante del respiro indipendentemente da contemporanee modificazioni della frequenza cardiaca.

2° Il centro del respiro sta funzionalmente in rapporto diretto coi centri della coscienza: se questa si affievolisce, il respiro si rarefà, sino ad aversi in condizioni speciali assai notevole bradipnea (5 respiri per minuto).

3° Sostanze medicamentose di azioni diverse possono provocare una apprezzabile bradipnea (sino a 6 respiri per minuto).

Intradermo e sottocutaneo-reazione con liquido cistico nelle echinococcosi umane.

Prof. E. PANTANO. — L'O. espone le ricerche compiute venendo alle seguenti conclusioni:

1° Il liquido idatideo ha valore antigeno per l'organismo umano: si può sperimentalmente sensibilizzare un soggetto indenne e conferire al siero proprietà fissatrici del complemento con successive inoculazioni di liquido idatideo.

2° L'inoculazione intradermica e sottocutanea di liquido cistico di fresco estratto provoca reazioni locali nei malati di idatidosi. Rara è la reazione di innesto o di deposito.

3° Le dosi utili per la reazione specifica sono da 0.20 a 0.30 per l'intradermo reazione, di 1 cmc. per la sottocutanea reazione.

4° Le reazioni cutanee sono in altissime percentuali positive nei malati di idatidosi con cisti non suppurate. Nelle cisti suppurate la percentuale delle reazioni positive è bassa.

5° Le reazioni cutanee, specifiche quanto la reazione di Ghedini-Weinberg, sono più squisito e più semplice mezzo diagnostico.

6° I tentativi di conferire uno stato di anafilassi a malati di idatidosi per mezzo di iniezioni vaccinanti non sono state finora coronate da successo.

Contributo alla conoscenza clinica della sifilide polmonare nell'adulto.

Prof. E. PONTANO. — Presenta ed illustra un infermo affetto da sifilide polmonare rilevando le difficoltà diagnostiche ed i dati clinici mediante i quali si potè fare la diagnosi ed istituire la cura.

Plastiche peduncolate dell'uretere coll'arteria ipogastrica.

Prof. L. DOMINICI. — Ricorda i tentativi compiuti dai varî autori per le plastiche dell'uretere ed espone i risultati da lui avuti sperimentalmente servendosi dell'arteria ipogastrica. Illustra la comunicazione con varî pezzi anatomici ricavati dalle sue esperienze in cani e presenta uno di questi animali che, operato da qualche tempo, è tuttora vivente e non presenta disturbo alcuno.

Il prof. PARISOTTI annunzia la morte avvenuta a Parigi di un illustre oculista italiano, il prof. *Antonelli*. Dice di lui i meriti scientifici e come all'estero tenesse alto il nome della scienza italiana. Su sua proposta l'Accademia invia alla famiglia le proprie condoglianze.

E. GROSSI.

Società Medico-Chirurgica di Bologna.

Adunanza scientifica del 26 marzo 1920.

Presidente prof. VITTORIO PUTTI.

Encondroma sviluppatosi nel sottocutaneo sul tragitto di un proiettile in un ferito di guerra.

PALMIERI G. G. — Trattasi di un soldato ventiquattrenne, ferito da palla di fucile alla spalla destra in vicinanza dell'acromion, il 25 settembre 1916. In questa regione si sviluppò poi il tumore, che fu enucleato nell'agosto del 1919.

L'O. ammette il trasporto di frammenti di acromion contenenti germi cartilaginei, in seno ad un ematoma primitivamente formatosi nel tragitto del proiettile.

Considerazioni sovra due casi di tubercolosi dell'anca.

PUTTI V. — Dimostra fotografie e radiografie riferentisi a due infermi che presentano gli esiti di coxite inveterata.

Dei due infermi uno fu operato 13 anni prima di resezione d'anca; l'altro, malato da 15 anni, con complicazioni di ascessi e seni fistolosi, subì per pochi mesi un trattamento immobilizzante in apparecchi gessati e restò per circa due mesi in letto.

Mette in confronto le condizioni anatomiche e funzionali delle due anche e ne trae argomenti per concludere che la resezione, nonchè aver influito beneficamente sul decorso della malattia, ha condotto ad un risultato definitivo altrettanto cattivo quanto quello ottenuto nel caso di una cura di immobilizzazione male eseguita.

Sull'artrotomia del ginocchio nella cura delle rigidità e delle anchilosi.

PUTTI V. — Sulla scorta di numerose proiezioni riproducenti in forma semi-schematica i diversi tempi dell'atto operativo, il P. dimostra il metodo che egli usa per l'artrotomia del ginocchio a scopo di mobilizzazione di anchilosi o rigidità; metodo che in parte ha illustrato in precedenti pubblicazioni.

Col taglio ad Y rovesciato il P. ottiene:

1° L'allungamento plastico differenziato dei due piani costituenti il tendine quadricipitale, cosicchè al momento della ricostruzione i due piani possono essere suturati sotto diversa tensione;

2° Un completo dominio dell'ambito articolare con una lesione minima degli elementi che debbono presiedere alla stabilità della futura neoartrosi e di quelli vascolonervosi della regione;

3° Un'indagine graduale, successiva delle cause di rigidità, e da ciò la possibilità di eliminare successivamente e per quanto è necessario dette cause;

4° Una ricostruzione anatomicamente perfetta dell'articolazione.

Oltrechè nella cura delle rigidità e delle anchilosi il P. ha usato il suo metodo di artrotomia per la resezione del ginocchio e per la ricerca di corpi mobili.

Dott. G. M. PICCININI.

R. Accademia dei Fisiocritici di Siena.

Adunanza del 26 *marzo* 1920.

Presidenza prof. BARDUZZI.

Encefalite letargica e gravidanza.

EMILIO SANTI. — L'ostetrico riferisce intorno a due casi di encefalite letargica in gravidanza. Le due donne colpite erano all'ottavo mese di gravidanza. Una, affetta da forma lieve, guarì. L'altra venne a morte. Nella prima si ebbe un parto prematuro spontaneo, nella seconda per l'aggravarsi delle condizioni fu necessario fare un parto forzato, però un inizio di travaglio al momento dell'intervento esisteva già. Dopo aver accennato alla influenza della gravidanza sull'andamento della malattia e viceversa, ed aver precisato quale dovrebbe essere la condotta dell'ostetrico, passa a dire della sorte dei due feti. Quello della prima donna, che fu allattato dalla madre, morì, pochi giorni dopo la nascita, di encefalite, controllata all'autopsia e confermata dall'esame microscopico del cervello, mentre il secondo, che fu dato subito a balia mercenaria, vive e cresce bene. L'ostetrico però crede per il feto che venne a morte, che si debba pensare alla trasmissione per via placentare.

Lo sfigmofotografo.

Il dott. CESARE TALENTONI, assistente alla Clinica medica di Siena, presenta il nuovo apparecchio per cardiogrammi e flebogrammi, formato da un imbutino di vetro, da applicarsi con del collodione alla pelle del malato, raccordato per mezzo di un tubo di gomma ad un tubo di vetro di un millimetro di lume. Nel tubo di vetro vi è una goccia di etere colorata con Sudan III. Nel tubo di gomma vi è uno dei soliti interruttori. Il tubo di vetro chiude una fessura posta nel mezzo di una delle due facce più ampie di una scatola di rame di dimensioni cm. 9-15-4.

Dentro la scatola vi sono tre cilindri: ad uno è avvolta una pellicola fotografica, da 6 fotografie 8 × 10 ½, quello di mezzo la porta sotto la fessura chiusa dal tubo di vetro, il terzo la raccoglie.

Per porre e togliere i due cilindri laterali sono stati posti congegni simili a quelli delle macchine fotografiche a pellicola. Sull'asse del cilindro raccoglitore può essere messa una manovella, oppure una ruota per trasmissione meccanica.

Le doti, che rendono quest'istrumento superiore agli altri già esistenti in Clinica, sono:

1° La sensibilità estrema, dovuta alla viscosità ed al peso specifico minimo dell'etere.

2° La soppressione di membrane oscillanti e di leve ricadenti.

3° La possibilità di caricare e scaricare la macchina (con pellicole che si trovano in commercio) in piena luce e di poter eseguire l'esperienza alla luce diffusa della stanza.

L'O. fa poi vedere delle grafiche raccolte su sani e su malati, flebogrammi, cardiogrammi e polsi carotidei.

Queste grafiche hanno curve con onde della vastità dai 2 ai 5 cm. di altezza: grafiche corrispondenti raccolte coi comuni apparecchi hanno l'altezza di pochi millimetri. Dice poi che, sebbene non abbia ancora applicato all'istrumento la misurazione del tempo, questa deve riuscire della massima facilità, facendo passare orizzontalmente i denti di una ruota dentata sull'estremità della fessura, oppure applicando un pendolo che ad ogni quinto di secondo passi sulla fessura stessa.

Alterazioni istologiche della mucosa uretrale dei cani prodotte da iniezioni di argirina.

F. FASANI-VOLARELLI. — Riferisce che nell'uretra di un cane le soluzioni di argirina all'1 % determinano: impervietà del lume uretrale, distruzione totale della mucosa, infiammazione estesa allo strato sottomucoso.

Secondo l'O. l'azione caustica di questo preparato non va messa in rapporto al contenuto di argento che risulterebbe nell'argirina del 20 %, ma piuttosto alla poca stabilità di questo nuovo composto organico in presenza dei tessuti.

Le iniezioni cosmetiche di paraffina.

F. FASANI-VOLARELLI. — In questa prima nota, l'O. studia la migliore tecnica per le iniezioni cosmetiche di paraffina e presenta una siringa, alla quale egli apportò alcune modificazioni, per praticare iniezioni con paraffina rammollita sotto pressione.

Ricerche sulla flora anaerobica dell'intestino umano. Sul B. perfringens.

Dott. G. CAPONE. — L'O. ha studiato 30 stipiti di *perfringens,* tutti isolati da feci umane.

Per la forma, 29 stipiti corrispondono alla descrizione classica del germe, uno stipite è identificabile col *perfringens parvus* (Fasiani-Weinberg e Séguin).

Si ottenne quasi sempre la colonia rotondeggiante del I tipo di v. Hibler, solo occasionalmente ed eccezionalmente si notò la comparsa di colonie aperte (II tipo di v. Hibler).

La gelatina fu più o meno rapidamente fusa, ad eccezione d'uno stipite, da tutti gli altri.

Il latte fu coagulato in 12-24 ore con formazione di un coagulo cribroso, retratto, e con separazione di siero limpido dalla maggior parte dei ceppi. Sei stipiti coagularono il latte lentamente (da 2 a 15 giorni).

Il siero di sangue, ad eccezione di pochi stipiti, fu più o meno prontamente digerito.

Solo 12 stipiti attaccarono parzialmente l'albumina d'uovo coagulata. Tutti i ceppi dimostrarono energiche proprietà saccarolitiche, ma nessuna attività lipolitica.

Si riuscì a riprodurre nella cavia il quadro anatomo-patologico della gangrena gassosa da *perfringens.*

Ha riunito in un gruppo tre stipiti che non coagulano il latte ed hanno tutti gli altri caratteri

corrispondenti a quelli di alcuni stipiti di *perfringens*. Essi occupano nella sistematica un posto molto vicino al *B. perfringens*.

Di alcuni anaerobî butirrici, sporigeni, mobili.

Dott. G. CAPONE. — Da feci umane normali e patologiche furono dall' O. isolati 19 stipiti di anaerobî butirrici, sporigeni, mobili.

Di questi ha costituito 3 gruppi:

I Gruppo. — Anaerobî butirrici, sporigeni, mobili, con forme rigonfiate: 8 stipiti che per caratteri morfologici, colturali e biologici, si possono considerare affini allo stipite originario di vibrione settico di Pasteur.

II Gruppo. — Anaerobî butirrici, mobili, senza forme rigonfiate e con spora capitale: 8 stipiti molto affini al Bac. III di Rodella ed alla specie IX di v. Hibler. Da questi germi si allontana lo stipite Bm 11 per il suo potere patogeno, e gli stipiti Bm 12, Bm 13, Bm 25, per l'azione coagulante sul latte. Questi si possono identificare col *Bac. sporogenes non liquefaciens* di Jungano.

III Gruppo. — Anaerobî butirrici, sporigeni, mobili, senza forme rigonfiate e con spora paraterminale. Due stipiti identificabili con il Bac. IV di Rodella.

Ricerche sulla flora anaerobica dell'intestino umano. Nota III: Di alcuni stipiti di anaerobî putrificanti.

Dott. G. CAPONE. — L'O., in base allo studio morfologico e biologico, distingue cinque gruppi di anaerobî putrificanti:

I. Clostridii: Germi identificabili al *clostridium foetidum* di Liborius-Sanfelice.

II. Anaerobî a spora centrale o paraterminale, poco rigonfiante. Stipiti identificabili al *B. sporogenes* di Metchnikoff.

III. Anaerobî a spora lievemente rigonfiante, centrale o paraterminale, con forme rigonfiate. Germi identificabili alla specie XI di v. Hibler.

IV. Plettridii. Stipiti identificabili al *Bac. putrificus* di Bienstock e stipiti che si possono ritenere come varietà intermedie tra il *Bac. putrificus* ed il *Bac. paraputrificus*.

V. Anaerobî con scarsa tendenza alla sporulazione. Stipiti affini al *bac. histolyticus* di Weinberg e Séguin.

B. D.

Società Medico-Chirurgica di Modena.

Relazione della seduta del 5 marzo 1920.

Presiede il prof. SPERINO, *presidente*.

Casistica di gravidanza extra-uterina.

G. RIZZATTI. — Nel triennio 1917-19 curò 14 casi di gravidanza extrauterina, di cui uno in corso rudimentario: essa quindi appare più frequente di quanto si crede. Dei suoi casi 12 furono diagnosticati all'esame clinico, 2 al tavolo operatorio. L'O. delinea i sintomi, ed insiste sulla possibilità di errore in caso di gravidanza comune con inuguale rammollimento della parete del corpo. La gravidanza in corso fu da lui diagnosticata 6 volte: 2 volte ad esito di ematocele semplice, svolta ad ematocele suppurata; 4 volte in decorso di aborto tubarico. Dopo il quadro di aborto tubarico, 1 volta si ebbe la rottura della tromba e la gravidanza proseguì a sede peritoneale. Per la cura ricorse alla laparotomia, e tutte le ammalate guarirono: in due laparotomie successive ebbe a constatare la «restitutio ad integrum». L'O. è del parere che si debba intervenire al più presto possibile; che quando è in atto una rottura si debba distinguere i casi in cui predominano i fenomeni di *shock*, da quelli in cui sono in preminenza i fenomeni di anemia acuta; criterio differenziale sarà l'esistenza di dispnea e di eccitamento dipendenti dall'anemia bulbare. Ne' casi dell'O. si ebbero sempre i fatti di *shock*. Crede anche errato il concetto di tenere la paziente a testa bassa, e ne dà le ragioni.

Prendono parte alla discussione i professori DONATI e LUZZATTO.

Sulla para-agglutinazione nella diagnosi della sifilide.

C. SARTI e L. MORINI. — Gli OO. hanno eseguito una serie di ricerche sui fenomeni di para-agglutinazione che i sieri degl'individui luetici presentano di fronte a germi isolati dall'urina allo scopo di stabilire se questi fenomeni di para-agglutinazione possano essere usati a scopo diagnostico; hanno estese le loro ricerche sugli espettorati e sulle feci onde vedere se anche questi materiali contengano germi para-agglutinabili. Le conclusioni sono le seguenti: 1° dalle urine di individui luetici si isola frequentemente uno stafilococco che si lascia agglutinare dal siero dei pazienti anche a titoli elevati; 2° sui ceppi di stafilococco isolati dalle urine normali, i sieri normali e quelli sifilitici si mostrano inattivi; per contro i sieri normali si mostrano qualche volta attivi sui ceppi isolati dalle urine sifilitiche; 3° sui germi dell'espettorato il siero degli individui sifilitici non ha nessuna azione agglutinante; 4° sui germi contenuti nelle feci il siero dei luetici non ha nessuna azione agglutinante specifica; 5° le reazioni di para-agglutinazione non può essere usata per la diagnosi d'infezione luetica.

Prendono parte alla discussione i professori ASCOLI M., TAROZZI, DONATI.

Le iniezioni di latte nella terapia oculare.

G. TREROTOLI. — L'A. ha sperimentato la terapia lattea su 32 ammalati con iniezioni intramuscolari secondo la tecnica del Domee ed anche per iniezioni sottocongiuntivali, espone gli effetti ed i risultati di tale cura, e, dal punto di vista dell'efficacia, conclude che le iniezioni di latte possono dare risultati brillanti: nelle «cheratiti ulcerose traumatiche», nelle quali una sola iniezione intramuscolare ha determinato la guarigione del focolaio ulcerativo infiltrato in 24 ore e costantemente; nelle «cheratiti serpiginose non da pneumococco»,

nelle quali anche la guarigione avvenne rapidamente dopo una sola iniezione; «nelle iriditi». In un caso di iridite papulosa sifilitica tre iniezioni di latte, distanziate di due giorni fra loro, hanno determinato la risoluzione del processo, con riassorbimento delle papule, senza aver praticato parallelamente alcuna cura specifica.

La terapia lattea inoltre si è mostrata di grande efficacia «nelle cheratiti congiuntiviti eczematose», imprimendo un più rapido corso alla guarigione; «nelle cheratiti parenchimatose», ugualmente abbreviando la durata della malattia, influendo pure favorevolmente sulla nutrizione degli infermi; «nel tracoma complicato» a «panno corneale» e nel «catarro primaverile», provocando la cessazione dei sintomi più molesti (volosi, fotofobia, lacrimazione) e rendendo più efficace la cura locale con i mezzi ordinari; si è mostrata infine di azione incerta «nelle cheratiti serpiginose da pneumococco», nelle quali invece la somministrazione del siero antidifterico per via orale si è rivelata di efficacia superiore, e «nell'ulcu-podeus della cornea».

L'O. crede di poter affermare che in tutti i casi da esso trattati il latte ha agito come uno stimolante assai benefico, specialmente sensibilizzando i tessuti nel focolaio infiammatorio e rendendo più efficace e pronta l'azione degli altri medicamenti. Trattandosi di una terapia facile ed accessibile a qualunque medico e la quale, se eseguita con le dovute cautele, non presenta inconvenienti di sorta, l'O. ritiene che essa sia sommamente raccomandabile.

Prendono parte alla discussione i professori LUZZATTO, ASCOLI, SIMONINI.

R. SIMONINI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA.

Il piccolo rachitismo.

A. Léri e Th. Beck (*Annales de medicine*, tomo VI, n. 6) richiamano l'attenzione sui segni del piccolo rachitismo, spesso misconosciuti, che si riscontrano in molti soggetti e che costituiscono per questi una causa di inferiorità fisica.

Trattasi per lo più di individui di statura bassa, sebbene non sia raro di trovarne di quelli discretamente alti; la corpulenza è normale e la sproporzione fra il tronco grasso e gli arti inferiori corti, dà a tali soggetti una apparenza fallace di solidità. Il ventre è grosso, flaccido. Gli arti inferiori sono corti, più o meno incurvati; quando i talloni si toccano, rimane fra gli arti un intervallo ovalare, ed i ginocchi restano lontani parecchi centimetri. La parte più spesso incurvata è la tibia, secondariamente il femore, convesso al di fuori ed in avanti. Può aversi *coxa vara* ed andatura ad anitra. Il collo del piede è grosso, i piedi spesso piatti.

Il torace è spesso largo ed appiattito; lo sterno depresso, ad imbuto o a doccia: la sinfisi manubrio-sternale e le articolazioni condrosternali superiori sono spesso salienti: clavicole grosse, prominenti. La parte bassa del dorso è piatta: si può avere una certa cifosi cervico-dorsale, un certo grado di scoliosi: si ha talvolta l'apparenza di callipigia, per l'orizzontalità del collo femorale e l'ascensione del gran troncatere.

Le spalle sono proiettate in avanti; il collo è corto, largo, sgraziato, con attacco delle spalle in alto, quasi in corrispondenza delle mastoidi.

Gli arti superiori non sono accorciaiti, con i gomiti che rimangono allontanati dal tronco, e le braccia ad arco di cerchio, essi danno al paziente un'attitudine scimmiesca.

Il cranio è talora voluminoso, sia in corrispondenza delle bozze frontali (tendenza olimpica), sia delle parietali (tendenza natiforme), la radice nasale è affondata con le ali allargate, le orecchie allontanate, la volta palatina, ogivale, molto profonda e stretta. I denti sono impiantati irregolarmente, spesso scalzati: gli incisivi inferiori tagliati a sbieco nel margine libero, cariati in corrispondenza del colletto e della faccia esterna. Si osservano strie trasversali o verticali, picciettature in forma di nido di vespa, margine libero smerlato, ecc.

Importanti sono le misurazioni; la statura è il più spesso inferiore alla media; la grande apertura delle braccia, invece di essere uguale o di poco superiore alla statura, è maggiore di molto, fino a 10-20 cm. ed oltre. Il perimetro toracico oltrepassa di molto la metà dell'altezza: 10-20 cm., e fino a 30 e 40 cm. Il diametro antero-posteriore cranica è spesso allungato.

Questi individui si lamentano spesso di dolori alle ossa, hanno facile esauribilità fisica e mentale, per nulla adatti a mestieri che esigono attenzione o sforzi anche saltuarî. Provengono di solito da famiglie numerose di campagna e certamente hanno sofferto nella prima età i disturbi dell'alimentazione che hanno dato origine ai fatti di rachitismo. È più

raro trovare questi soggetti nelle città, da dove vengono eliminati naturalmente, non essendo essi adatti a procacciarsi la vita con lavori in cui si debba esplicare una certa attività cerebrale. Il lavoro della campagna, più lento ed intramezzato da riposi, è più adatto per essi.

Nella vita militare questi soggetti sono stati sottoposti a continue visite di controllo e sospettati di poltroneria ed infingardaggine e spesso anche puniti, tanto più che per la loro atonia ed indifferenza non hanno saputo difendersi convenientemente.

Il riposo è il miglior trattamento che possa farsi per le manifestazioni dolorose, aggiungendovi qualche medicazione calmante ed analgesica, ma astenendosi dai medicamenti antireumatici.

Si dovrà altresì fare astenere tali individui da ogni lavoro che esiga un'attività cerebrale e fisica che non possono fornire.

A scopo profilattico si sorveglierà attentamente lo sviluppo durante l'infanzia.

fil.

La prova della ventosa nelle febbri eruttive.

È destinata a far manifestare una accentuazione regionale dell'eruzione ed a precisare quindi i caratteri morfologici e topografici degli elementi eruttivi.

Si applica sulla cute una ventosa, con aspiratore a pera od a pompa, e si procede all'aspirazione o lentamente sorvegliando l'effetto attraverso le pareti di vetro, oppure facendo una aspirazione tale che il reticolo iperemizzato si disegni nettamente, ciò che si verifica in 30''-40''; quest'ultimo modo sarebbe da applicarsi nel morbillo. In quest'ultimo, durante il periodo eruttivo, si ha un'accentuazione non solo congestizia, ma anche echimotica dell'eruzione, che si manifesta in forma di macchie emorragiche. Ciò ha valore, non solo nelle forme fruste, ma anche per la diagnosi differenziale con gli eritemi tossialimentari, in cui la prova è negativa, e con la rosolia, in cui non produce accentuazione regionale dell'esantema.

Nella scarlattina, con questo mezzo si accentua l'eruzione nelle forme leggiere o fruste, e si provoca localmente la desquamazione prima del termine regolare, in casi ad inizio incerto; anche in tal caso, può servire alla diagnosi con gli eritemi tossialimentari.

La prova della ventosa può inoltre (D. Oelsnitz., *Presse médicale*, 15 maggio 1920) dare qualche indicazione pronostica permettendo di prevenire la comparsa di complicazioni emorragiche.

fil.

Trattamento dei più comuni disturbi infantili.

E. S. Huenesheur (*Northwest Medicine* e *New York med. Journal*, 13 marzo 1920) mette bene in vista i punti essenziali per la diagnosi e la cura delle più comuni malattie infantili.

1° Non si deve mai fare diagnosi di *faringite*, prima di aver eliminato la difterite.

2° L'*otite media* va trattata all'inizio con irrigazioni calde di acido borico (3-4 volte al giorno), se la febbre ed il rossore della membrana del timpano non diminuiscono entro 24 ore, ricorrere subito alla paracentesi.

3° La *polmonite lobare* è frequente nell'infanzia, ma i sintomi ed il decorso sono spesso irregolari. Il trattamento consiste nell'uso di compresse tiepide o fresche attorno al torace, aria pura, buone cure infermiere; ossigeno ed olio canforato nei momenti di gravità.

4° La *pielocistite* può dare i sintomi più svariati e viene spesso diagnosticata soltanto con l'esame dell'urina, che va quindi fatto in tutti i casi di febbri d'origine ignota. Il trattamento consiste nella somministrazione di urotropina, salolo, alcali e di acqua in quantità abbondante.

Nella *pertosse* sono molto giovevoli, come profilassi e terapia, le alte dosi di vaccino (da 1 a 3 bilioni a giorni alterni, per tre volte).

Il *rachitismo* va prevenuto, incominciando a somministrare al bambino oltre i nove mesi, una dieta mista, che comprenda cereali, verdura, biscotti, frutta cotta e solo ½ litro di latte di mucca al giorno.

Si darà il fosforo (1 : 10.000 in olio di merluzzo: 1 cucchiaino 3 volte al giorno) a meno che il bambino non sia alimentato al seno o prematuro, nel qual caso si ricorrerà al fosfato tricalcico.

Molto comune è la *spasmofilia* ipercentabilità del sistema nervoso periferico con tendenza alle convulsioni, dovuta a disturbi nel metabolismo del calcio e forse legata a disfunzione delle paratiroidi. Si somministrano dosi elevate di cloruro di calcio anidro (5-6 grammi al giorno), ottenendosi talvolta di arrestare le convulsioni in 12 ore. Il fosfato e l'olio di merluzzo si continuano per due mesi almeno; il cloruro di calcio solo per 1-2 settimane. Nei primi giorni del trattamento, si lascia solo il latte materno o l'acqua di cereali, aggiungendo poi cereali, verdure, frutta e, da ultimo, il latte di mucca.

Contro l'*eczema* risponde bene il trattamento dietetico, evitando sotto i nove mesi, l'ipernutrizione. Nei casi gravi, oltre i nove mesi, togliere il latte, e non dare uova fino a dopo i tre anni; provare la sensibilizzazione alle proteine, eliminando dalla dieta quelle per cui si

ha manifesta reazione. Come trattamento locale, si comincerà con l'eliminare gli irritanti (sapone, acqua, vesti di lana): negli stadi acuti applicare soluzioni di allume ed acetato di piombo, nei subacuti, la pasta di Lassar col 10 % di resorcina.

fil.

DIAGNOSTICA.

Tabelle per diagnosi differenziale.

FEBBRE TIFOIDE.

Incubazione. — Lunga (3 settimane).

Inizio. — Graduale.

Temperatura. — Sale gradatamente fino a raggiungere il massimo entro 8-10 giorni. Vi sono remissioni di 1° e più. Discesa per lisi in una settimana.

Eruzione. — Roseolo-papulosa limitata all'addome, spalle, raramente alle mani e gambe, mai alle palme nè alle piante; si manifesta a *poussées;* le macchie si uniscono raramente; la pressione con la spatola di vetro le fa scomparire; sono rare le petecchie.

Laringite; tracheite, bronchite e broncopolmonite sono frequenti.

Arrossamento del palato e congiuntivite sono eccezionali.

Lingua larga, flaccida, con solchi e patina.

Apatia e prostrazione. Si manifestano parecchio tempo dopo l'inizio.

Herpes labialis: solo nei casi complicati con polmonite.

Diarrea: frequente e caratteristica; spesso enterorragie.

Cefalea: è sintomo precoce; scompare dopo 2 settimane; rari i dolori agli arti.

Ricadute e recidive non rare. Importanti e frequenti i portatori di bacilli.

L'emocoltura, precoce, rivela la presenza di bacilli del gruppo del tifo.

Reazione di Widal positiva.

Leucopenia (a meno che non vi sia un processo pneumonico) e mancanza di eosinofili (a meno che non vi sia qualche causa di eosinofilia).

TIFO ESANTEMATICO.

Incubazione. — Di solito più breve (4-5-14 giorni).

Inizio. — Improvviso, spesso con brivido, sale rapidamente; tocca il massimo entro tre giorni.

Temperatura. — Più costante con oscillazioni minori di 1°. Discesa per crisi in 48 ore.

Eruzione. — Dapprima a tipo di roseola, poi di petecchia; irregolare e sfumata alla periferia della macchia. Trovasi per lo più sui fianchi, alle scapole, alla fronte, alle braccia e gambe: spesso è marcata alle palme ed alle piante, compare improvvisamente e diventa poi più chiara; le macchie si fondono spesso a 3 o 4 e possono formare dei cerchi; l'eruzione non scompare alla pressione, diventando presto petecchiale.

Laringite, tracheite, bronchite e broncopolmonite sono frequenti.

Si notano arrossamento del palato e congiuntivite.

Lingua non tanto allargata, poco solcata e patinosa; presto si pulisce ai margini ed alla pianta, diventando rosso-chiara.

Si manifestano precocemente apatia e prostrazione.

Herpes labialis: si osserva nel 6 % dei casi.

Diarrea: eccezionale; enterorragie rarissime.

Cefalea molto forte durante tutta la durata della malattia. Precoci e frequenti i dolori agli arti, specialmente ai polpacci, e le punture alla milza.

Nè ricadute, nè recidive, nè portatori.

L'emocoltura non rivela bacilli del tifo; spesso si osserva infezione mista.

Reazione di Widal negativa.

Di solito leggera leucocitosi; comportamento degli eosinofili, imperfettamente studiato.

(H. HETSCK, in *Ergebnisse in gesamten Medizin*).

fil.

IGIENE.

Sull'esame della carne avariata.

K. Falk e Mc. Guire (*Journ. of Biol. Chemistry*, 1919, p. 547) hanno fatto studi sistematici sulle alterazioni che subisce la carne, in conseguenza dello sviluppo di microrganismi del gruppo tifo-coli, del *Bac. subtilis*, ecc. Quando la carne si decompone alla temperatura ordinaria o più elevata, si ha un rapido sviluppo batterico, e la formazione di abbondante quantità di ammoniaca; la carne diventa inadatta al consumo anche entro 24 ore. A basse temperature si ha scarso sviluppo di batterî; la carne si ricopre di muffe, tolte le quali può essere ancora adatta ad uso alimentare; anche in tali condizioni si ha formazione di notevole quantità di ammoniaca, che però ha origine diversa da quella formatasi quando la carne è tenuta a temperature più elevate; in questo caso essa è un prodotto dell'attività batterica, e quindi, anche senza essere in quantità rilevante, contribuisce a rendere la carne inadatta al consumo, perchè accompagnata da altri prodotti del metabolismo batterico, che alte-

rano l'aspetto, l'odore ed il sapore. Nelle carni conservate a bassa temperatura, invece, l'ammoniaca può considerarsi come prodotta da processi di autolisi, che continuano anche in tali condizioni. I diversi prodotti, che si formano per autolisi, servendo come materiale di nutrimento per i batterî, rendono più rapida la decomposizione della carne conservata in frigorifero, quando venga poi esposta a temperatura ordinaria.

[La ricerca ed anche il dosamento dell'ammoniaca non possono quindi, da soli, servire come elementi per il giudizio di avaria della carne, che deve invece essere fondato principalmente sui caratteri organolettici, ed eventualmente sulle ricerche batteriologiche. Si comprende quindi che la prova di Eber, la quale è basata appunto sullo sviluppo di vapori ammoniacali dalla carne, non è sufficiente per concludere che la carne è avariata. — *N. di Red.*].

fil.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Il significato della classificazione biologica in epidemiologia.

La classificazione attuale dei germi infettivi, basata essenzialmente sui caratteri morfologici e culturali, non risponde più alle odierne conoscenze in proposito. Un esempio tipico ci è fornito dal pneumococco, di cui sono state isolate quattro razze, le quali non offrono fra loro alcuna differenza morfologica nè culturale, ma hanno invece distinti e costanti caratteri sierologici. Mentre poi tre di queste razze si trovano, negli sputi dei pneumonici e nella bocca degli individui, che sono stati a contatto con essi, l'altra (il tipo IV) si trova nella bocca di persone sane.

I concetti sulla epidemiologia della polmonite si vengono così modificando: non più malattia endemica, dovuta a virulentazione di un germe, che si trova in individui normali, ma bensì malattia epidemica dovuta a determinati tipi di germi patogeni, ben distinti da quello avirulento. Al contrario poi di quanto si riteneva, si è osservato che l'attacco di polmonite lascia immunità, ma *solo per quel dato tipo*: le eventuali recidive sono invece dovute ad infezioni con altri tipi. Da ciò la necessità che le vaccinazioni, con intenti profilattici, vengano fatte con i tre tipi patogeni.

Analoghe osservazioni sono state fatte per gli streptococchi, che vengono di solito classificati secondo i carboidrati che fermentano; quando si studiano invece le proprietà emolitiche, si ottengono aggrappamenti, che non coincidono con quelli dati dalle proprietà fermentative, e che sarebbero invece costanti in certe condizioni epidemiologiche (epidemie di polmoniti, di tonsilliti, ecc.).

Anche per il meningococco si sono ottenute razze distinte per caratteri biologici, ciò che spiega gli insuccessi, che talora si ottengono con la sieroterapia, e le contraddizioni che si hanno nella ricerca dei portatori come collegamento dei diversi casi. Nello stesso bacillo tetanico, si sono isolati diversi gruppi biologicamente distinti, dei quali si dovrebbe tener conto nella preparazione della antitossina.

Importante sarebbe applicare questi criteri allo studio del gruppo tifo-coli, non fosse altro per differenziare l'origine fecale o non del *Bacterium coli*.

È probabile che, avviata su questo indirizzo, l'epidemiologia possa chiarire più di un fatto tuttora oscuro e rintracciare più sicuramente le sorgenti d'infezione.

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1160) *L'emetina nelle forme dissenteriche.* — All'abb. n. 1987:

L'emetina ha valore curativo specifico in una sola forma di dissenteria: nella dissenteria amebica. La diagnosi deve essere suggellata dal resultato dell'esame microscopico delle feci: il criterio curativo non è sufficiente.

Nei bambini può essere adoperata senza inconveniente; la dose per l'adulto è di 10-12-15 al massimo cgr. nelle 24 ore in dosi frazionate per via ipodermica.

Nei bambini si può elevare fino a 3-5 cgr. nelle 24 ore, ma bisogna procedere con cautela e saggiare prima le dosi da 1-2 cgr. nelle 24 ore.

Le cure devono essere sempre intermittenti (3-4 giorni) e distanziate almeno con 15-20 giorni una dall'altra.

t. p.

(1161) *Disinfezione contro le pulci.* — Al dott. A. F., abbonato 8958:

Lavatura frequente dei pavimenti con creolina o prodotto analogo al 2-3 %: le larve, che si annidano nelle fessure, sono molto sensibili a tale sostanza: se l'odore di catrame riesce eccessivamente sgradito, ricorra al petrolio. Come mezzo di protezione personale, cospargere le calze ed indumenti degli arti inferiori con una buona polvere insetticida (razzia).

fil.

(1161) All'abb. n. 2974:

Che l'ioduro potassico, adoperato felicemente nella cura di lesioni celtiche, modifichi la WR fino a renderla negativa, è possibile, specie nella sifilide tardiva.

V. M.

(1162) All'abb. 11756, Torino:

Ottimo manuale pratico di odontoiatria è quello del dott. Ed. Friteau: *Dentisterie opératoire, anesthésie, prothèse*, ed. Octave Doin, Place de l'Odéon, 8, Paris. — Raccomandabile è pure il *Manuale ed Atlante di Odontoiatria conservativa* del Preiswerk, trad. Fasoli, Società Edit. Libraria, Milano.

A. PIPERNO.

(1163) Al dott. M. C. da R.:

L'indirizzo dell'*Ecole Dentaire de Paris* è « 45, Rue de la Tour-d'Auvergne »; quello dell'*Ecole Française de Stomatologie* è « 20, Passage Dauphine, Paris ». — Scuole svizzere raccomandabili sono: l'*Ecole Dentaire* di Ginevra e quella di Zurigo, alle quali si può scrivere anche in italiano per ottenere i programmi.

Per l'*Istituto Stomatologico Italiano* potrà rivolgersi al Direttore, prof. dott. G. Fasoli, via Malpighi, n. 4, Milano.

A. P.

(1164) *Pulizia delle siringhe.* — All'abbonato n. 5566:

Sarà molto difficile poter estrarre lo stantuffo dalla siringa, rimastovi dopo l'iniezione di siero. La bollitura, coagulando gli albuminoidi, l'avrà fatto aderire ancor più tenacemente. Provi la bollitura prolungata con soluzione di citrato di sodio.

fil.

(1165) Al dott. D. G., abb. n. 11323:

« *Medicamenta* » è esaurito da tempo; il formulario di Rubino n'è ora ristampato. Un formulario per il medico pratico è quello di Goggia (Idelson editore, Napoli). Ricco di prescrizioni è il *Formulaire magistral* di G. Bouchardat e F. Rathery. (F. Alcan ed., Parigi).

fil.

(1166) All'abb. n. 5087:

Consigliamo il libro del Breccia: *Il Pneumotorace artificiale nella tubercolosi polmonare*, edito da Rossemberg e Sellier, Torino.

CENNI BIBLIOGRAFICI

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

A. RUBINO: *Semiotica medica*. Terza edizione. — Prezzo L. 15. — Editore G. Giannini, Napoli.

La *Semiotica medica* del Rubino è già nota ai medici italiani. Come tutti i libri dell'autore della *Terapia Clinica*, essa ha avute molte edizioni.

Questa che compare ora è la ristampa ed ha su le precedenti il vantaggio di essere più completa, più aggiornata. Il criterio direttivo dell'opera, che è esemplarmente didattico, è rigorosamente conservato.

L'A. espone e spiega dei segni morbosi solo quanto occorre per la pratica medica, tralasciando tutti i sottili metodi d'indagine che sono più un lusso scientifico che una necessità clinica, escludendo tutti i metodi di ricerca complementare (grafica, bio-chimica, batteriologica, ecc.), i quali per la loro stessa importanza non possono costituire dei semplici capitoli di un libro di semiotica. Del resto il Rubino, senza voler svalutare il valore di questi mezzi diagnostici, ha voluto fare opera utile al medico pratico, mettendolo in condizione di fare la diagnosi in base all'esame del malato. Non è un ritorno all'antico e tanto meno una svalutazione dei mezzi d'indagine da laboratorio, è semplicemente il tentativo di riportare il medico pratico alla sua funzione ed anche alla sua nobiltà professionale. Il Rubino col suo libro dimostra felicemente che ciò è ancora possibile.

dr.

POTENGER F. M.: *Symptoms of visceral disease*. Un vol. in-8 di oltre 300 pag. rilegato, con figure e tavole fuori testo. — C. V. Mosby Company ed., St. Louis (Stati Uniti). — Prezzo Dollari 4,50.

La presente monografia è un felice tentativo di esprimere, con i termini della neurologia viscerale, i sintomi delle malattie viscerali. Lo studio di queste è fatto non dal punto di vista del processo patologico, ma da quello non meno importante del paziente stesso. Quasi in contrapposto alla concezione anatomo-patologica, della malattia, è la fisiologia patologica, che domina e dirige questo lavoro, dimostrando come i cambiamenti patologici di un organo si fanno risentire su altri organi e sul complesso dell'organismo. Queste direttive sono già state emesse da altri autori, fra cui principalmente il Mackenzie; qui l'A. però ci pre-

senta la materia in un insieme organico, che ha le radici nella embriologia e nell'anatomia comparata e mette bene in luce l'importanza del sistema nervoso vegetativo e dell'attività delle ghiandole endocrine per spiegare gran parte dei fenomeni connessi con le funzioni viscerali. È un più ampio orizzonte che si apre al medico, che può interpetrare con maggiore cognizione di causa le sensazioni accusate dal malato ed i fatti rilevati all'osservazione clinica.

fil.

HAUSMANN THEODOR: *Die methodische Gastrointestinalpalpation und ihre Ergebnisse.* 2ª edizione pubblicata da E. Fuld. Un vol. in-8 di 390 pagine, con figure e tavole. — S. Karger, ed., Berlino.

La palpazione addominale si limitava, fino a poche decine d'anni or sono, al riconoscimento dei tumori; Glénard, con le sue osservazioni sull'enteroptosi, ha fatto fare uno slancio notevole a questo metodo di ricerca, che si è venuto in seguito raffinando. A detta dello stesso A. il primo che ha trattato della palpazione gastro-intestinale metodica, è stato un italiano, il Sacconaghi. Più tardi però, tale metodo venne relativamente trascurato, davanti ai risultati sorprendenti della radiologia.

Esso invece è capace di fornirci molte informazioni sullo stato dei visceri addominali e deve quindi essere largamente usato.

Non è a credersi però che la palpazione metodica possa apprendersi e praticarsi alla leggera: essa è invece un'arte che esige pazienza, costanza, abilità: solo con questi requisiti si potranno raggiungere i risultati ottenuti dall'A. che è riuscito a palpare la grande curvatura nel 45 % dei casi, l'antro pilorico nel 25 per cento, il colon trasverso nel 60 %, la flessura sigmoidea nel 95 %.

L'A. espone sistematicamente il metodo da seguirsi ed i risultati che si ottengono nella diagnosi delle costipazioni, dell'appendicite, nella localizzazione dei tumori, ecc. Schemi e tavole rendono più chiare le descrizioni.

fil.

LUSTIG, MUELLER, PEPEU, PULGHER: *Il dermotifo.* — Soc. editr. libraria, Milano. — L. 10.

Nella monografia edita dalla benemerita Società editrice libraria il lavoro è così diviso fra i vari autori:

Lustig. — Tifo esantematico, riassunto sintetico.

Mueller. — La morfologia e biologia del pidocchio dei vestiti in relazione al dermotifo.

Pepeu. — Osservazioni personali sul tifo esantematico.

Pulgher. — La reazione di Weil-Felix.

Il bisogno dei medici italiani di avere familiarità con questa malattia finora sconosciuta in Italia ha determinato il Lustig alla pubblicazione del volume: esso riuscirà un utile completamento della cultura del medico pratico, il quale difficilmente troverà nei suoi libri una trattazione sì diffusa e sì chiara.

t. p.

J. DANYSR: *Origine, évolution et traitement des maladies chroniques non contagieuses. Théorie de l'immunité, de l'anaphylaxie et de l'anti-anaphylaxie.* 1 vol. in-8 picc. di pagine 132. — Paris, J.-B. Baillière et fils, editori, 1920. — Prezzo fr. 3.

Facendo seguito ai sui « Principes de l'évolution des maladies infectieuses » di cui avemmo già ad occuparci, l'A. svolge la tesi che anche le manifestazioni morbose di tutte le affezioni croniche sono di natura anafilattica e che a tutte quante può applicarsi un trattamento anti-anafilattico non specifico. Di tutti gli antigeni che possono impiegarsi a scopo preventivo o curativo, gli « enteroantigeni » sarebbero i più attivi: si tratta di colture di batteri intestinali, sterilizzate mediante il calore e somministrate per iniezioni o per os; la preparazione eterogena più attiva adoperata dall'A. è composta di una mescolanza di sei specie o stipiti batterici (due razze di coli, un proteus, un enterococco, uno strepto- ed un diplo-). Le deduzioni teoriche dell'A., derivate da uno studio sintetico e critico di tutti i lavori concernenti l'immunità e l'anafilassi, si appoggiano ad alcune osservazioni personali: il metodo di cura da lui preconizzato si sarebbe dimostrato utile in una serie di casi che vanno dalla stitichezza alla nevrastenia, dagli eczemi alla dismenorrea, dagli itteri alla tubercolosi.

Il lavoro comporta non poche riserve, ma è condotto con serietà e può suggerire delle idee nuove sul trattamento delle malattie.

COBB, I. G.: *Gli organi a secrezione interna.* — Cura dell'Ist. Sierot. Milanese. — L. 5.

Il volume, edito dall'Istituto Sieroterapico Milanese e presentato ai medici italiani dai professori Belfanti e Valagussa, è destinato ai medici pratici. Si tratta di una serie di articoli del Cobb, che hanno veduta la luce nella *Medical Press and Circular*, sulle alterazioni degli organi a secrezione interna e sulle applicazioni terapeutiche di prodotti opoterapici.

La trattazione è *breve*: difficile compito nella trattazione delle malattie delle glandole en-

docrine, che coinvolge conoscenze e richiami numerosi, che non ha raggiunto ancora nelle conclusioni una tale nettezza, da permettere una schematica brevità. La forma è *piana*: l'A. ha sfrondato tutte le incertezze e con buon equilibrio ha limitato le conoscenze alle conquiste assodate, ai fatti meno discussi. Per tale brevità e facilità d'esposizione, qualità preclare in un argomento tanto difficile, bene hanno fatto i professori Belfanti e Valagussa a fornire la nostra letteratura italiana di un buon manuale utile, specialmente a medici pratici, che non hanno possibilità e tempo di seguire lunghe e prolisse discussioni.

Con doveroso senso di riconoscimento per gli studiosi italiani, i traduttori hanno aggiunto le conoscenze sulle glandole paratiroidi, che del lavoro italiano risentono ad ogni passo.

t. p.

C. Maase u. H. Zondek: *Das Hungerödem.* 1 volume in-8 gr. di pag. 137 con 17 incis. — Lipsia, Georg Thieme, editore, 1920.

La dolorosa patologia di guerra si è arricchita di una forma morbosa — l'edema di guerra — che in realtà non è nuova, ma che non aveva mai fissato l'attenzione del mondo medico.

Dapprima nei paesi slavi invasi dagli imperi centrali e tra i prigionieri catturati fra le truppe dell'intesa, più tardi negli imperi centrali stessi, questa malattia si diffuse in forma epidemica, assumendo una gravità impressionante.

Gli AA. raccolgono un gran numero di dati intorno ad essa. Ne tracciano la storia, ne studiano l'epidemiologia, la patologia e sintomatologia (in capitoli dedicati all'edema, al sistema circolatorio, al sistema digerente, al sistema uropoietico, al sistema emopoietico, al sistema nervoso, al ricambio), l'anatomia patologica, i rapporti con altre malattie della nutrizione e con le infezioni, la patologia e l'eziologia, le forme fruste (poliuria e pollecuria periodiche), la prognosi e la terapia. Portano veri contributi personali a questo studio, relativi in specie alla clinica ed alla fisiopatologia del ricambio.

R. B.

A. Lipschütz: *Die Pubertätsdrüse und ihre Wirkungen.* 1 vol. in-8 gr. di pag. 456 con 140 figure e 1 tav. a colori. — Berna, Ernst Bircher, editore, 1919.

In questa esposizione l'A. è partito da una interessante scoperta di Steinach, cioè che il trapianto di glandole genitale in animali castrati dell'altro sesso, dà origine ai caratteri sessuali corrispondenti (femminilizzazione o mascolizzazione).

Questa scoperta è stata ulteriormente confermata ed estesa da numerosi sperimentatori. Essa ci consente di lumeggiare ed interpretare una serie di antiche osservazioni e ricerche, dall'ermafroditismo alla castrazione; in specie gli studi di Tandler e Gross, di Steinach e Biedl, sugli effetti della castrazione, ne rimangono chiariti.

Su queste basi l'A. edifica — o meglio concreta — l'ipotesi, già prima di lui formulata vagamente, di un *soma embrionale asessuale*, cui le glandole genitali imprimerebbero caratteri differenziali, grazie a secrezioni interne, le quali variano quantitativamente e qualitativamente ed i cui effetti si modificano con la energia di sviluppo dei vari organi e tessuti su cui agiscono.

Tale ipotesi, molto semplice e attendibile viene integrata da un'altra ipotesi più aleatoria, di lavoro: l'esistenza di una secrezione puberale, derivata dal tessuto connettivo od interstiziale delle glandole genitali, la quale varrebbe a spiegare le modificazioni della pubertà.

Il lavoro risulta di una serie di capitoli, che trattano i seguenti soggetti: dimorfismo sessuale e caratteri sessuali secondari, conseguenze della castrazione, secrezioni interne delle glandole genitali, glandole puberali e loro azione specifica, agente attivo delle glandole puberali, compito delle secrezioni sessuali accessorie (prostata, vescichette seminali), ermafroditismo, iper e ipofinzione delle glandole puberali, rapporti con la morfologia dell'organismo, rapporti con la biologia generale.

L'A. adduce molte ricerche personali.

R. B.

Kolisch R.: *Die Reiztheorie und die modernen Behandlungsmethoden des Diabetes.* Un vol. in-16 di circa 150 pag. — Urban e Schwarzenberg, editori, Vienna. — Prezzo marchi 30.

La scissione normale dello zucchero è aumentata nel diabete, probabilmente in conseguenza di influenze tossiche o di eccitamenti nervosi: ne segue iperglicemia e glicosuria, nel senso di sovraproduzione di zucchero, poichè la produzione di questo è superiore ai bisogni.

Tale è il nocciolo centrale delle idee che l'A. espone in questo libro, in cui, fatta l'esposizione delle principali teorie sul diabete, indica i punti essenziali e pratici per la terapia del diabete, esaminando diversi problemi, che con

esso sono connessi, quali la somministrazione dell'alcool, della dieta vegeteriana, del lavoro muscolare, dell'acidosi diabetica, ecc.

fil.

FALTA W.: *Die Mehlfrüchtekur bei Diabetes mellitus.* Un vol. in-8 di 380 pag. — Urban e Schwarzenberg, editori. Vienna. — Prezzo marchi 50.

Il trattamento dietetico del diabetico a base di cereali, introdotto sistematicamente da von Noorden, ha assunto grande importanza e diffusione in Germania ed ha dato origine a svariati tipi di dieta. L'A. spezza una lancia in favore di questo metodo di cui l'efficacia non va tanto misurata dai risultati immediati, quanto da quelli lontani, consistenti in una sostanziale modificazione del decorso della malattia.

Precede una succinta introduzione storica, in cui sono accennati i diversi regimi prescritti per i diabetici; viene in seguito uno studio sulla dieta e sul ricambio proteico. Gettate poi le basi teoretiche della cura con i cereali, vengono date le indicazioni pratiche per la sua esecuzione e per il trattamento delle diverse forme di diabete. Chiude il libro una copiosa raccolta di particolareggiate storie cliniche di diabetici.

fil.

VARIA

Caffè e tè.

Secondo Traberet (*Medical Summary*, genn. 1920), i medici dicono troppo male del caffè e del tè. Essi hanno la consuetudine, quando non sanno fare nulla di meglio, di vietare queste droghe in malattie svariatissime, senza riguardo alle necessità speciali del caso. Eppure gli stimolanti abituali non dovrebbero mai essere sottratti del tutto, salvo che non si abbia di mira di deprimere il paziente. Di quale utilità potrebbe essere l'abolizione del caffè in soggetti dal cuore debole, che in secondo tempo hanno poi bisogno di essere stimolati con altri rimedi, magari con iniezioni di caffeina? In molti casi questi rimedi stimolanti non sarebbero stati necessari, se si fosse avuta l'avvertenza di continuare a lasciar consumare, con moderazione, il caffè.

Un po' di caffè o di tè ristorano gl'invalidi, i deboli, i convalescenti e ne attivano gli scarsi poteri digerenti.

Il grande clinico Jonathan Hutchinson diceva che egli aveva l'abitudine di prescrivere il caffè come una medicina in certi casi di grande debolezza; egli lo considerava come un rimedio quasi unico nel sostenere l'energia nervosa di certi pazienti astenici.

Inoltre il caffè ed il tè hanno impieghi bene definiti in terapia, ad esempio come antidoti della morfina, più generalmente come antidoti degli alcaloidi (per il loro contenuto di tannino), dopo gl'interventi chirurgici (in specie dopo l'uso di anestetici), nell'alcoolismo acuto (sotto forma di clistere, se il soggetto non può inghiottire: alle volte si vedono risultati sorprendenti da questo espediente).

Tanto il tè come il caffè hanno la proprietà di ridurre il senso di fatica e di attutire la fame.

Naturalmente, possono danneggiare se presi in quantità troppo grandi o troppo spesso: indurre uno stato di nervosismo, alterare il funzionamento del cuore, perturbare la digestione.

Il tè determina più facilmente del caffè lo stato di nervosismo, in specie negli individui deboli. Inoltre può pregiudicare lo stomaco più del caffè, a causa del maggiore contenuto di tannino, che ostacola l'azione della pepsina e, combinandosi alla miosina, può indurire la carne, rendendola più resistente alla digestione.

Le varie specie di tè contengono quantità diverse di tannino; per es., quello cinese ne avrebbe meno di quello indiano e di Ceylon.

Nell'allestire il tè, conviene di non farlo bollire nell'acqua, per evitare che ceda molta parte del suo tannino; basta versarlo nell'acqua bollente e lasciarvelo non più di pochi minuti. Anche nel preparare il caffè è bene di evitare l'ebollizione, la quale fa alterare e perdere l'aroma e permette la dissoluzione di una più forte quantità di tannino.

(In *American Medicine*, aprile 1920).

R. B.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

PREZZOLINI M.: *Encefalite letargica.* — Bologna, L. Cappelli, 1920.

MORICI GIUSEPPE: *Su di un caso di cistite da ascaridi.* — Biella, 1919.

FERRERI GHERARDO: *Evoluzione istologica e clinica di un cancro della laringe.* — Napoli, 1918.

PETROCCHI JULIO A.: *Valoracion biologia de las Digitalinas del Comercio, y su comparacion con el Digipuratum.* — Buenos Aires, 1919.

LUSTG ALESSANDRO: *Considerazioni personali sulla razione alimentare dei soldati.* — Firenze, 1919.

COLONIE MARINE E MONTANE PER GLI ALUNNI DELLE SCUOLE ELEMENTARI DI ROMA: *Relazione morale-finanziaria-medica per l'anno* 1919. Roma, 1920.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8379) *Concorsi - Nomina.* — Dott. G. P. da C. M. — I titoli di preferenza, quali che sieno, sono tenuti presenti dalla Commissione giudicatrice che in base ad essi ed ai titoli di studio forma la graduatoria. Il Consiglio comunale è sempre libero di nominare qualsiasi concorrente compreso nella graduatoria proposto dalla Commissione suddetta.

(8381) *Concorsi a posti di medico condotto - Legalità.* — Dott. M. P. da C. C. — La graduatoria formata dalla Commissione giudicatrice non può essere da sè sola impugnata mediante ricorsi, perchè essa riguarda un giudizio tecnico di merito che non è dato rifare alle Autorità amministrative superiori. Può, però, essere impugnata la deliberazione consiliare con cui si procede alla nomina effettiva del titolare. E poichè tale deliberazione costituisce un provvedimento definitivo, non può essere impugnata che per ragione di legittimità, cioè, per incompetenza, eccesso di potere o violazione di legge, o in sede giurisdizionale presso la IV Sezione del Consiglio di Stato o con ricorso straordinario a S. M. il Re. Il Commissario prefettizio, che ha i poteri del Consiglio, può procedere alla nomina del medico condotto, ma la relativa deliberazione deve essere approvata dal Prefetto

(8382) *Riduzione della condotta.* — Dott. C. A. da S. Z. al P. — Per la riduzione della condotta ai soli poveri occorre apposita deliberazione del Consiglio comunale debitamente approvata dalla autorità competente. Fino a tanto che a ciò non siasi adempito, la riduzione non può aver luogo nè di fatto nè di diritto, e perciò Ella deve seguitare a percepire lo stipendio del servizio generale e deve eseguire le prestazioni gratuite a tutti. Allorchè il Comune presso cui ha acquistata la stabilità si riunirà in consorzio con l'altro, Ella perde la stabilità acquistata perchè cambia l'ente presso cui aveva i suoi diritti. Naturalmente, rimanendo in servizio, lo stipendio dovrà essere aumentato in proporzione del maggiore e più esteso servizio che assume. Il licenziamento pronunziato da uno dei Comuni consorziati all'insaputa dell'altro, non ha valore. Ella mantiene ancora la sua veste di medico condotto consorziale ed ha diritto di riscuotere lo stipendio da entrambi. Avendo il Comune accusato ricevuta della sua lettera, vuol dire che accetta le sue proposte. Ma sarebbe, però, opportuno che lo dicesse chiaramente, consacrando i suoi propositi in analoga deliberazione. Se dal 1º maggio a tutto giugno p. p. rimase in vigore il precedente contratto, ha diritto a chiedere il relativo stipendio, non ostante che non abbia avuto occasione, perchè non chiamato, di eseguire prestazioni professionali.

(8383) *Stipendio - Aumento - Indennità ufficiale sanitario.* — Dott. M. G. da F. — Data la sua attuale posizione, facendo istanza alla G. P. A. per avere la indennità di L. 5000 come ufficiale sanitario, potrebbe ottenerla. La nuova ordinanza dell'autorità tutoria non la nuocerebbe di fronte al Comune, ma, qualora riuscisse vincitore nell'incoato giudizio, acquistando il diritto di avere gli stipendi arretrati, Le si dovrebbe trattenere, nel conguaglio, la differenza fra le L. 1000, che avrebbe dovuto ricevere come impiegato, e le 5000 che ha ricevute come libero professionista.

Doctor JUSTITIA.

CONDOTTE E CONCORSI.

BIANDRATE (*Novara*). — Abitanti 1487; L. 4000, più L. 3, oppure 5 a seconda della distanza, per ogni povero oltre i 300; quale uff. san. L. 500: mezzi trasporto, caro-viveri L. 1200. Scad. 15 agosto.

DOMODOSSOLA. *Ospedale di S. Biagio.* — Il termine utile per la presentazione delle domande di ammissione ai concorsi di chirurgo-primario e di medico-chirurgo aggiunto è prorogato a tutto il 20 agosto.

Rivolgersi alla Segreteria.

GROSIO (*Sondrio*). — Abitanti 4500; L. 6000 da elevarsi a L. 6500 dopo il biennio di prova, fino a 1000 poveri; L. 2.50 ogni povero in più; L. 900 per l'accesso alle frazioni; L. 700 per bicicletta; L. 500 quale uff. san. Scad. 20 agosto.

MUSSOLENTE (*Vicenza*). — Condotta libera; lire 6000; per uff. san. L. 500; mezzi di trasporto L. 1800; caro-viveri. Scad. 31 agosto.

ROCCASTRADA (*Grosseto*). — I e III condotta (Capoluogo e Rocca Serighi); L. 7000. Caro-viveri. Scad. 20 agosto.

SANTA FIORA (*Grosseto*). — Due condotte; lire 7000 lorde, caro-viveri, L. 1500 e L. 2500 per cavalc. Scad. ore 17 del 17 ag. Servizio entro 20 giorni.

CROCE ROSSA ITALIANA. *Concorso a due libri di igiene.* — È bandito un concorso per un libro di igiene ad uso delle classi popolari, allo scopo di diffondere delle cognizioni di igiene necessarie alla vita sana, forte ed operosa.

Per il lavoro che risponderà meglio alle condizioni stabilite dal concorso la C. R. assegna un premio di lire Cinquemila che verrà aggiudicato da apposita Commissione.

Il concorso scade il giorno 30 giugno 1921, ore 12.

È bandito un altro concorso nazionale per un libro di igiene e di assistenza sociale, ad uso delle scuole medie. Il libro dovrà avere non più di dieci fogli di stampa, formato in-8. Al miglior lavoro sarà assegnato un premio di lire Cinquemila. Il concorso scade il 30 giugno 1921, alle ore 12.

Chi desidera conoscere dettagliatamente il programma per i due suddetti concorsi può farne richiesta all'Ufficio Propaganda della Croce Rossa Italiana, via Toscana n. 10, Roma.

Accademia Medico-Fisica Fiorentina. — È aperto il concorso al premio quinquennale di lire 500 fondato dall'Accademia Medico-Fisica Fiorentina e dalla Società Filoiatrica di Firenze per favorire il progresso della chirurgia in Italia e per onorare e perpetuare la memoria del prof. Ferdinando Zannetti. — Tema per il concorso: Tiflocolite cronica e formazioni peritiflocoliche - Patogenesi - Diagnosi - Indicazioni operatorie.

Saranno ammessi al concorso soltanto i lavori di autori italiani. Il termine utile per la presentazione dei lavori scadrà il dì 31 luglio 1921 ed i lavori dovranno esser diretti, franchi da ogni spesa, alla Presidenza dell'Accademia (Via Alfani, 33, Firenze).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il dott. Roberto Ruggiero, chirurgo dell'Ospedale dei Pellegrini e di Loreto in Napoli, ha conseguito a Napoli la libera docenza in patologia speciale chirurgica. Ha svolto il tema: «Peritoniti acute»; ha tenuto la lezione di prova sul morbo di Pott.

Il dott. Giulio Cesare Scatolari, ufficiale sanitario a S. Sepolcro, è stato nominato cavaliere nell'Ordine della Corona d'Italia.

MEDICINA SOCIALE.

La ricerca della paternità.

All' inizio della XXV legislatura l'on. Filippo Meda ha ripresentato il suo disegno di legge per la ricerca della paternità, che, nella legislatura precedente, esaminato da una Commissione presieduta dall'on. Alessandro Stoppato, era giunto fin dal settembre 1914 allo stato di relazione e inscritto all'ordine del giorno: la guerra distolse l'attenzione purtroppo da tanti problemi ed anche da questo, e al Parlamento mancò il tempo materiale di occuparsene.

L'on. Meda illustra il suo progetto in un articolo testè pubblicato sul «Bollettino Nazionale tra i Brefotrofi». Ne riportiamo larga parte.

«Come tutti sanno, la ricerca della paternità è un postulato già da tempo vittorioso nella coscienza morale e giuridica del paese, perchè diretta a riparare una iniquità universalmente sentita. Ormai le eccezioni con cui si è per un pezzo difeso il divieto alla ricerca sono cadute: e prima fra tutte quella dell'interesse sociale che si voleva far consistere sostanzialmente in questo: che, respingendo fuori della legge la folla anonima dei figli naturali, si provvede a tutelare la famiglia legale e a preservarne la compagine dallo indebolimento che le deriverebbe ove si ammettesse a vivere, sia pure in condizione di inferiorità legale, di fianco ad essa un'altra famiglia irregolare: quasi una famiglia di fatto — e potrebbe anche essere più di una — di fronte alla famiglia di diritto. Certo l'eccezione derivante da questi rilievi non è priva di qualche valore: ma non ne ha uno sufficiente a renderla insuperabile: vi osta prima di tutto il riflesso che anche le legislazioni nate sotto l'influsso del cristianesimo, il quale pure è il sistema religioso e morale in cui l'unità domestica e il carattere quasi sacro della famiglia hanno trovato le sanzioni più valide, non sentirono mai il bisogno di negare al figlio naturale l'azione per ricercare il padre: il diritto canonico stesso non ha mai avuto esitanze su questo punto. Ma poi non bisogna dimenticare che la ricerca della paternità naturale vuole non essere confusa colla ricerca della paternità adulterina, contro la quale la resistenza della legge è troppo giusta: nè in proposito il disegno di legge muta la condizione attuale di cose.

La ricerca dovrà ammettersi nei confronti dell'uomo, il quale, libero da legale coniugio, avesse procreato, in rapporti di natura e durata sufficienti a stabilire anche un vincolo, se non effettivo, almeno passionale, vincolo che, ove non abbia poi avuto la virtù di condurre al matrimonio colla donna sedotta, il più delle volte rappresenta un ostacolo anche a qualsiasi altra unione legittima: onde potrebbe dirsi che la società abbia invece piuttosto un grande interesse a rendere perseguibile il padre naturale, nel senso che, imponendo una responsabilità anche alla seduzione ed al concubinato, ne diminuirebbe le attrattive a tutto favore delle unioni legittime, prima e dopo.

Del resto non si nega che nello studio e nella risoluzione di certi problemi a carattere sociale non sempre è possibile evitare inconvenienti: bisogna quindi raccogliersi intorno ai criteri che rispondano ad una utilità o ad una ragione immediata, all'infuori della valutazione delle conseguenze indirette e remote. E nel tema della filiazione naturale tali criteri sono i seguenti: non risponde a giustizia che il figlio procreato da genitori liberi, e quindi in grado o di legittimarlo con successivo matrimonio, o di riconoscerlo, sia posto nella impossibilità di acquistare uno stato giuridico ed economico dalla semplice volontà contraria di uno dei genitori stessi; non risponde a giustizia che la donna, dopo avere procreato con un uomo libero, abbia tutto sopra di sè il carico della prole anche se una giurisprudenza liberale le riconosca titolo al risarcimento del danno; non risponde a giustizia che l'uomo possa esonerarsi, a piacer suo, dalle responsabilità derivanti dall'esercizio della funzione generativa fuori del matrimonio, salvo la riserva già veduta dall'adulterio.

D'altra parte la società ha tutto l'interesse di vedere ridotto il numero dei figli non riconosciuti: è un dato positivo della esperienza e della statistica che la generazione fisiologica, la mortalità precoce e la delinquenza minorile reclutano di preferenza nella massa dei senza padre; e questo non tanto per fatto di vizi organici dovuti al disordine di connubi fuori della tranquillità che è di solito nella convivenza matrimoniale, quanto per l'abbandono successivo, e per quella naturale reazione che nell'individuo non può a meno di determinarsi contro una società che sembra respingerlo, che affetta di ignorarlo.

Tra noi, anche in coloro che non osano più respingere la ricerca della paternità in nome della morale pubblica e della pace delle famiglie, vive

la preoccupazione di possibili ricatti: dato che la paternità non può fondarsi che sopra una presunzione e che questa presunzione ci può essere solo per la filiazione proveniente dal matrimonio, in forza della coabitazione dei coniugi e dell'obbligo della fedeltà imposto alla moglie, se ne deduce che fuori del matrimonio le indagini più avventurose non giungeranno mai a stabilire la certezza della paternità. Ma il timore dei ricatti e delle persecuzioni vien facilmente superato quando si ponga mente che propugnando la ricerca della paternità non si intende affidarla all'alea di prove anche temerariamente offerte; tutte le legislazioni che dalla paternità fanno derivare oltrechè una obbligazione alimentare anche un rapporto di parentela, sono concordi nel determinare alcuni casi tassativi e alcune garanzie procedurali, destinate ad impedire che si facciano cause senza fondamento per disonesta speculazione.

Che dunque la riforma invocata turbi interessi e tradizioni giuridiche, si capisce: ma sono, come diceva giustamente Salandra nella sua relazione del 1902, interessi egoistici, che non hanno ragione di prevalere contro le alte considerazioni morali e civili che la riforma consigliano; sono tradizioni di recente data costituite appunto intorno a quegli interessi della cui difesa in un determinato momento storico il legislatore fu eccessivamente preoccupato.

Il supremo principio della responsabilità di ciascuno per gli atti più gravi della vita, la difesa che la legge deve ai più deboli, la ragione di Stato che impone di considerare come serio pericolo pubblico l'infanzia abbandonata, inducono a non arrestarci di fronte a quegli interessi e a quelle tradizioni, ma ad oltrepassarli ed a rimuoverli ».

Le colonie per l'infanzia della Croce Rossa italiana.

La Croce Rossa Italiana ha modificato i criteri di formazione delle colonie. Ha stabilito anzitutto che il periodo di permanenza nelle colonie stesse fosse il più lungo possibile, in modo che il soggiorno al mare o alla montagna servisse non solo a dare una tinta abbronzata alla pelle degli assistiti, ma portasse veramente un benefico rinnovamento negli organismi.

D'altra parte molto opportunamente ha voluto iniziare con criteri veramente scientifici, una cernita dei bambini e ha disposto la creazione di due tipi diversi di colonie: *A* e *B*.

Al tipo *A* (Colonie temporanee-estive marine o di collina o di montagna) sono avviati i fanciulli esausti dalla vita scolastica, gli anemizzati da denutrizione, i linfatici lievi, i gracili figliuoli di neuroartritici o di luetici o di alcoolisti.

Al tipo *B* (Colonie permanenti marine o di collina) sono avviati in separate sedi, a diversa ubicazione, i predisposti, più autenticamente tendenti al grave male; i condannati dall'ambiente familiare infetto al sicuro maligno esito; e finalmente gli autentici malati di forme chirurgiche: glandolari, articolari, ossee.

La scelta della località delle Colonie è stata diversa e adeguata a seconda dei gruppi di bambini: diversi i metodi di cura e di assistenza, e talora necessariamente ancora diversa può essere l'alimentazione.

D'altra parte la C. R. I. si preoccupa di dare con la salute fisica, ai suoi assistiti anche quelle regole e quelle norme che sviluppano la coscienza igienica, a tutela dell'individuo e della razza.

Non basta: nelle colonie, l'educazione morale del bambino, insieme con l'istruzione igienica, diventa il fattore di una nuova redenzione popolare che ha di mira l'irrobustimento dello spirito contemporaneamente all'irrobustimento del corpo.

All'infuori dei medici, il personale che la C. R. I. dispone attorno ai bambini delle colonie è tutto femminile, in ossequio al principio che la donna meglio dell'uomo è adatta all'assistenza igienica e morale del bambino

Quest'anno la Croce Rossa Italiana — ampliando il programma già così bene assolto negli anni scorsi — ha istituito e sta istituendo per questa estate una trentina di Colonie, assistendo circa cinquemila bambini e provvedendoli di tutto.

Questa opera altamente umanitaria e benefica va seguita da tutti con la massima simpatia.

NOTIZIE DIVERSE.

Per le pensioni operaie.

Una circolare — che reca le firme di Lodovico D'Aragona, Segretario generale della Confederazione Generale del lavoro, Felice Quaglino, Segretario generale della Federazione Nazionale Edilizia, Nico Gasparini, Rappresentante della Federazione Nazionale dei lavoratori della terra, Emilio Colombino, Segretario della Federazione Italiana operai metallurgici, Alessandro Galli, Segretario generale della Federazione Italiana operai tessili, Lodovico Calda, Rappresentante del Sindacato dei porti, Alceste Lanzoni, Rappresentante delle Società di M. S. e Cooperative, Ettore Cipriani, Rappresentante degli assicurati volontari — rileva i benefizi recati alle classi lavoratrici dal decreto 11 aprile 1919, il quale assicura ai lavoratori una rendita vitalizia d'invalidità e di vecchiaia. Invita a vigilare, attraverso i Consigli direttivi della Cassa Nazionale per le Assicurazioni sociali e gli Istituti provinciali di previdenza, perchè i contributi, che devono essere anticipati per intero dai datori di lavoro e corrisposti mediante marche da applicare su tessere speciali, siano versati nella loro integrità.

Raccomanda di accogliere con favore la nuova legge e di non dimenticare che il tempo rappresenta uno dei coefficienti più notevoli della nuova forma di assicurazione.

Centro universitario polacco in Francia.

Gli studenti della Polonia inscritti nelle Università francesi sono stati concentrati a Nancy.

Corsi per le infermiere volontarie.

La Scuola delle infermiere volontarie della C. R. I. presso il Comitato Regionale di Roma, diretta dal prof. Valagussa, inizierà i suoi corsi ai primi di novembre nella sua sede in via Toscana n. 12.

Le iscrizioni si fanno presso il Comitato Regionale di Roma, piazza di Pietra n. 63.

La tassa d'iscrizione è di L. 5.

I corsi saranno della durata di un anno scolastico. Continueranno altresì i corsi di specializzazione per le infermiere diplomate, iniziati già nell'anno corrente dal prof. Valagussa per conseguire il diploma di grado superiore.

Per il monumento a Lombroso.

Il Comitato per la creazione di un monumento a Cesare Lombroso, costituito fin dal 1910 sotto la presidenza del senatore Leonardo Bianchi, ha affidata la esecuzione del monumento a Leonardo Bistolfi. Essendo però mutate le condizioni economiche dell'ante-guerra, la somma sottoscritta non può più coprire le spese, ed a tale scopo il Comitato rivolge viva preghiera al mondo scientifico per un nuovo contributo per compiere l'opera. Le offerte possono essere inviate o al prof. Enrico Ferri, a Roma, oppure alla Direzione dell'Archivio di Antropologia criminale, psichiatria e medicina legale, presso gli Editori Fratelli Bocca, in Torino.

La inaugurazione del monumento avrà luogo nella primavera del 1921 a Verona.

Onoranze ad Angelo Celli.

Il 12 settembre p. v. in Cagli avranno luogo solenni onoranze ad Angelo Celli in occasione della posa della prima pietra di un monumento che gli verrà eretto e della posizione di una lapide alla casa dove Egli nacque.

Il Comitato Esecutivo invita ad aderire alle onoranze, intervenendovi o facendosi rappresentare.

Il vaccino Friedmann.

È noto che il segreto di preparazione del vaccino antitubercolare Friedmann, ottenuto da bacilli tubercolari coltivati in animali a sangue freddo (tartarughe), era stato venduto dall'inventore ad un Consorzio Nord-Americano ad un prezzo elevatissimo; ma sollevò critiche vivacissime, e malgrado numerosi lavori clinici e sperimentali di conferma è stato sempre molto discusso.

Ora esso è stato requisito dallo Stato prussiano; ma ne è sorto uno scandalo e la Dieta generale prussiana ha nominato una Commissione scientifica d'inchiesta, presieduta da Uhlenhuth, per studiare l'efficacia del vaccino e i moventi della requisizione. Quel provvedimento a favore di un prodotto che era stato quasi unanimemente disapprovato dalla scienza ufficiale, ha destato un vespaio in tutta la stampa medica tedesca: da ciò probabilmente il giudizio d'appello della Dieta prussiana alla Commissione scientifica.

Per la lotta contro la tubercolosi in America.

L'Associazione Americana contro la tubercolosi ha ricavato un utile di 5 milioni di dollari dalla vendita di marche da incollare sui doni e sulla corrispondenza, vendute al prezzo di un centesimo di dollaro l'una.

La peste a Candia.

Le provenienze da La Canea sono sottoposte alle misure contumaciali prescritte per la peste.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1920 - Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, ed resp.

Anno XXVII Roma, 16 Agosto 1920 Fasc. 33.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DI PATOLOGIA SPECIALE MEDICA DIMOSTRATIVA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI PADOVA.

Le iperidrosi nelle mielopatie, al di sotto della lesione.

Dott. prof. G. A. PARI, direttore incaricato.

In questa nota intendo occuparmi delle iperidrosi che si possono avere al di sotto di una lesione midollare, sia clinicamente, sia sperimentalmente, e cercar di spiegarne il meccanismo.

Sperimentalmente, in seguito ad un'azione sul midollo spinale si può avere secrezione sudorale al di sopra della lesione (cioè in direzione cefalica) od al di sotto (cioè in direzione caudale).

Di ambedue le eventualità bisogna tener conto anche nell'interpretazione di casi clinici. Ora vedremo il comportamento al di sotto della lesione, in altra nota mi occuperò del comportamento al di sopra di essa.

Al di sotto della lesione si può avere secrezione sudorale:

a) Per stimolazione di elementi sudorali mentre il midollo è integro (per esempio, applicando una corrente faradica al midollo);

b) Per stimolazione di elementi sudorali spinali dopo separazione del midollo dai cen-

tri superiori (per esempio, applicando una corrente faradica sul moncone inferiore del midollo reciso, o per lo stesso atto meccanico delle resezione del midòllo).

È chiaro che in casi clinici nei quali si verifichino condizioni analoghe, questa sudazione circoscritta al di sotto della lesione, comparendo spontaneamente ed indipendentemente dalla sudazione termica, si imporrà all'attenzione come un'iperidrosi.

Credo superfluo portare dei protocolli d'esperimento come esempio di queste eventualità negli animali, per quanto riguarda lo stimolo elettrico.

Importa invece soffermarci sull'altro fatto accennato, il quale risulta certamente dall'esperimento sugli animali, e mi sembra dover avere molta parte nella interpretazione di fatti clinici, cioè sulla secrezione sudorale che compare agli arti per una stimolazione meccanica (lesione traumatica) la quale agisca sul midollo spinale al di sopra del punto d'uscita delle vie sudorali extra-midollari per gli arti stessi.

Mi vi trattengo anche perchè, se il fatto è noto, esso però non è sempre bene interpretato.

Ricorderò anzitutto che il fatto è dimostrato non solo dalla sperimentazione sui gatti, animali che, nelle condizioni adatte, sudano con facilità, ma è stato osservato persino nei cani, animali che, secondo le affermazioni tradizionali della fisiologia, non sudano.

Il Goltz e l'Ewald (1), in un lavoro classico ma poco noto in quella sua parte della quale ora mi occupo, sul « cane con midollo spinale accorciato », scrivono (1896):

« Nello stesso cane (nel quale la resezione « era stata eseguita così in alto che gli arti « anteriori era completamente sottratti alle in- « fluenze volontarie provenienti dall' encefalo) « ed in altri similmente operati, dopo la pri- « ma resezione potè essere osservato anche un « altro fenomeno molto notevole. Quando l'a- « nimale fu tolto dalla cassetta per la ripu- « litura della ferita, fu trovato abbondante- « mente coperto di umidità su tutto il corpo, « escluso il capo. Sospettammo dapprima che « fosse successa qualche svista nella sorve- « glianza dell'animale, cosicchè il cane si fosse « così abbondantemente bagnato con la pro- « pria urina. Ben presto però ci persuademmo « che il liquido che era sparso su tutto il cor- « po, eccetto il capo, non era urina, ma su- « dore. Dopo accurato asciugamento della cute « questa si ricopriva subito di nuovo sudore. « Questa eccessiva sudazione durò circa 6 gior- « ni dopo la sezione del midollo cervicale e « poi scomparve. Non si può spiegarla sem- « plicemente perchè l'animale fosse sottoposto « nella sua cassa ad eccessivo calore. Il capo « dell'animale non mostrava alcun segno di « malessere. La lingua non pendeva dalla boc- « ca come avviene subito nei cani quando sen- « tono caldo. Così pure nè l'espressione del- « l'occhio, nè irrequietudine, nè movimenti del « capo davano segno di soprariscaldamento. « Nemmeno esisteva dilatazione dei vasi della « congiuntiva o della mucosa orale. Infine nè « il numero delle respirazioni nè quello delle « pulsazi ni era aumentato. Anche la tempe- « ratura del sangue non era aumentata. Sic- « come poi la cute del capo e della maggior « parte del collo rimaneva asciutta, si deve in- « terpretare il fenomeno così, che in conse- « guenza della resezione si determinava uno « stato di eccitazione del midollo resecato, che « durava 6 giorni. Non si può dire perchè que- « sto si esplicava proprio in un'attività così « eccessivamente aumentata delle ghiandole « sudorifere, mentre non si avevano crampi « dei muscoli ».

Probabilmente lo stesso fatto fu osservato molto tempo fa dal Brown-Séquard (2), ma nella sua pubblicazione che ho sott'occhio non è indicato nè in quali condizioni egli sperimentasse, nè in quali animali, nè quanto tempo dopo l'intervento facesse l'osservazione.

Fatti analoghi si osservano nei gatti. Non solo, se si tiene l'animale in vita, si possono avere per giorni delle iperidrosi al di sotto del livello della sezione, ma anche immediatamente dopo la sezione ho visto più volte secrezione fugace di sudore agli arti posteriori.

Esempio:

ESPERIENZA 28 febbraio 1914. — Gatto piccolo, grigio, maschio, Kg. 1,2. Temperatura della stanza 17°. Legato ore 12. Addormento con iniezione 12 cmc. soluz. uretano 25 %. Ore 14,10' metto allo scoperto il midollo spinale per oltre 2 cm. in corrispondenza dell'ultima dorsale e della prima lombare; poi metto allo scoperto la parte anteriore dell'emisfero cerebrale destro.

La sperimentazione in questo animale consiste nella stimolazione elettrica della base dell'emisfero cerebrale dopo varie sezioni parziali del midollo spinale, le quali vengono eseguite in modo progressivo nel tratto messo allo scoperto. Prima eseguisco un'emisezione sinistra, che poi prolungo fino al solco laterale posteriore destro. Quindi un cm. più in alto seziono il midollo dal solco laterale posteriore destro verso l'esterno, e in seguito prolungo questa sezione verso l'interno fino al solco laterale posteriore sinistro. Queste varie sezioni parziali non hanno provocato sudazione al momento di eseguirle.

Esperimento 153. — Dopo aver eseguito una sezione parziale verticale sulla linea mediana tra le due sezioni orizzontali precedenti (senza aver sudazione) la prolungo alle 16,9' fino ad

unirsi in alto ed in basso con le due orizzontali, dopo di che il moncone superiore resta completamente separato dall'inferiore con una incisione a linee spezzate. Al primo momento dopo questo intervento suda senza stimolazione.

Mi sembra che la sudazione fugace la quale talora (molto incostantemente) segue immediatamente alla sezione del midollo deva attribuirsi alla stimolazione diretta di centri e di vie sudorali per l'atto meccanico della sezione, e che la sudazione duratura che si può avere per più giorni dopo la sezione deva attribuirsi a fatti irritativi infiammatorii della superficie di sezione del moncone inferiore del midollo, i quali, finchè durano, agiscono pure stimolando i centri e le vie sudorali intramidollari.

Ma un'iperidrosi per lesioni sperimentali si potrà avere anche per un altro meccanismo, che nel singolo caso potrà essere difficile distinguere dal meccanismo precedente.

Oltre ad aversi la secrezione sudorale per irritazione diretta degli elementi sudorali nel punto della lesione, può anche darsi che negli elementi sudorali spinali separati dai centri aumenti l'eccitabilità di fronte ad altri stimoli che li colpiscano.

Così può accadere che dopo una sezione completa del midollo spinale nella parte alta del midollo dorsale l'asfissia e l'ipertermia provochino una secrezione sudorale più abbondante al di sotto della lesione che al di sopra.

Ne riporterò un esempio nei riguardi della asfissia ed uno nei riguardi della ipertermia.

ESPERIENZA 20 maggio 1914. — Gatto a macchie bianche e nere. Cute della pianta dei piedi rosea. Femmina, Kg. 2,3. Temp. della stanza 19°. Legandolo suda. Ore 11,10' inietto 14 cmc. soluz. uretano; poco dopo si addormenta.

Esperimento 312. — Eseguisco sezione completa del midollo spinale in corrispondenza della V dorsale. (*Omissis*). Non suda.

Esperimento 313. — Impicco con nodo scorsoio al collo ad ore 11,37'. Fa conati respiratorii ed ha qualche accenno di movimenti convulsivi di flessione del tronco, fino quasi alle 11,40'.

In questo frattempo compare gradatamente una sudazione a tutti e quattro gli arti, più evidente ai posteriori.

ESPERIENZA 6 maggio 1914. — Gatto nero, cute della pianta dei piedi nera. Maschio. Kg. 3,0. Temp. della stanza 16°. Legandolo suda poco. Inietto 13 cmc. soluz. uretano.

Esperimento 307. — Sezione del midollo spinale alla 1ª lombare, poi dello sciatico destro. Si agita. Modica sudazione. Inietto altri 4 cmc. di soluz. uretano. Ore 12 metto in termostato a 37°. Nelle prime ore suda agli arti anteriori e non ai posteriori. (*Omissis*). Ore 15.15' sudazione arti anteriori bene evidente; posteriore sinistr abbondante; posteriore destro (con sciatico reciso) nulla. Poco dopo muore.

Il fatto che una lesione dei centri nervosi determini un' ipereccitabilità di centri vicini, non è completamente nuovo nella fisiopatologia generale del sistema nervoso. Anzi lo si invoca, in via ipotetica, per spiegare, per esempio, alcune iperestesie.

Del resto questo fatto ha un'analogia anche in un altro campo della stessa innervazione sudorale. Infatti se si inietta della pilocarpina ad un animale (si sa che la pilocarpina ha azione periferica) lo stesso giorno dopo che fu reciso uno sciatico, cioè prima che le sue fibre degenerino, si constata un'ipereccitabilità dal lato della sezione, una maggiore sudazione dal lato dello sciatico reciso, e soltanto nei giorni successivi la secrezione sudorale per iniezione di pilocarpina scompare, allorchè la degenerazione è avvenuta (3).

L'esperimento ci dimostra dunque due meccanismi diversi di produzione di una iperidrosi nelle mielopatie: irritazione diretta di elementi sudorali, ipereccitabilità di questi verso gli stimoli fisiologici e specialmente verso lo stimolo termico.

Come ho detto, nei singoli casi, specialmente in clinica, sarà difficile distinguere tra un'eventualità e l'altra. In ogni modo questa distinzione dovrà d'ora innanzi essere tenuta presente ed allora forse si potrà giungere ad un'analisi più precisa delle iperidrosi nelle mielopatie. Io stesso confesso di non averne tenuto il debito conto in passato, nel raccogliere l'anamnesi dei mielopatici o nell'esaminarli. Nella letteratura ben di rado è accennato se un'iperidrosi era legata a stimoli termici od indipendente da essi.

Prescindendo, per ora, da questa distinzione, si trovano nella letteratura parecchi esempii clinici perfettamente paralleli alle osservazioni sperimentali.

Il v. Leyden (4), in un suo ammalato che in seguito ad una mielite acuta era colpito da un anno da paralisi con contrattura delle ginocchia in flessione, vide la parte inferiore del corpo costantemente ricoperta da sudori, mentre alla parte superiore restava secca, ed osservò lo stesso fenomeno anche in un caso di ferite da arma da fuoco del midollo dorsale inferiore con paraplegia incompleta.

Il Mendelssohn (5) in un caso di paraplegia da traumatismo midollare dovuto a ferita di guerra (seconda e terza vertebra dorsale), nel quale egli, oltre ad un certo grado di compressione esercitata da un'emorragia meningea, ammetteva che vi fossero anche focolai emorragici nella sostanza midollare stessa e particolarmente nella sostanza grigia del midollo (sindrome siringomielica), osservò iperidrosi negli arti paralizzati.

In un caso di tumore del midollo spinale del Seebohm (6) vi fu dapprima paresi spastica, poi paralisi completa motoria e sensi-

tiva degli arti inferiori; l'anestesia giunge fino ai capezzoli delle mammelle. Alterazioni della sensibilità termica agli arti superiori ed al tronco. Iperidrosi alla faccia, alle braccia, al tronco dal livello dell'ombellico in su.

In un caso di Wagner e Stolper (7) con dislocazione traumatica della V vertebra cervicale si aveva paralisi motoria completa delle braccia e paresi motoria di alto grado alle gambe. Non vi erano grossolani disturbi di sensibilità alle braccia (mancano dati esatti). Abbondantissima secrezione sudorale al petto e al dorso. Progressivo miglioramento delle paralisi (dapprima alla muscolatura del cinto scapolare). Due settimane dopo la lesione cessa l'iperidrosi al petto, ma ricompare alla faccia e continua al dorso. Progressivo miglioramento di tutte le paralisi. L'abbondante secrezione sudorale si limitò sempre più, e sette settimane dopo il trauma non era più rilevabile che alla faccia, ed infine soltanto dopo i pasti; cessò alla IX settimana.

In un caso dell'Ehrlich (8) un uomo di 38 anni aveva riportato una ferita da punta del tratto dorsale superiore della colonna vertebrale. Paresi motoria dell'arto inferiore destro e paralisi motoria completa del sinistro. Modica ipoestesia ed ipoalgesia alla gamba sinistra; alla destra la sensibilità superficiale spenta per tutte le qualità. Il paziente riferisce spontaneamente che da quando fu ferito notò un aumento della secrezione sudorale; però non v'è differenza d'intensità della secrezione sudorale tra un lato e l'altro.

In un altro caso di Wagner e Stolper (7), contusione del midollo sacrale. Disturbo di sensibilità a brache di cavaliere con manifestazioni nel territorio del I-IV segmento sacrale. Ambedue i piedi in paralisi flaccida completa. Non vi è paralisi spiccata in corrispondenza delle articolazioni del ginocchio e dell'anca. I piedi paralizzati sudano sempre abbondantemente ed il paziente ha sempre in essi senso di freddo.

Il Mannkopf (9) pure in alcuni casi di paralisi per mielite osservò abbondante sudazione. Il Mannkopf rilevava non potersi ancora distinguere in quali condizioni si abbia la diminuzione ed in quali l'aumento della secrezione sudorale.

In un'altra nota mi sono occupato delle anidrosi da lesione midollare; in questa delle iperidrosi. Quindi una sezione del midollo spinale, una stessa lesione sperimentale o clinica, può dare anidrosi od iperidrosi.

Questo comportamento fu rilevato anche clinicamente dallo Schlesinger (10), il quale nel 1900 scriveva: «Non si può ancora spiegare «perchè in un caso si abbia iperidrosi, nel«l'altro anidrosi, in un terzo secrezione su«dorale paradossa. Il concetto che l'irritazio«ne delle fibre e dei centri sudorali dia iperi«drosi e la loro paralisi o distruzione dia ani«drosi, non basta a spiegare tutti i fatti os«servati, altrimenti non si potrebbe talora a«vere iperidrosi nelle lesioni trasverse del mi«dollo spinale; ma questa spiegazione può «corrispondere per buon numero di casi».

Oggi mi sembra che siamo più vicini a renderci conto dei varii fenomeni. È vero che non conosciamo tutto il meccanismo di essi: basti dire che ignoriamo completamente se il centro cerebrale sudorale abbia una parte, e quale, nella sudazione termica, e quindi ignoriamo forse qualche fatto che sarebbe fondamentale per spiegare il comportamento della secrezione sudorale nelle lesioni trasverse del midollo spinale.

È pure vero che non sappiamo sempre dire perchè in un caso, sperimentale o clinico, si abbia iperidrosi in seguito ad una lesione ed al di sotto di essa, ed in un altro caso, in seguito ad una lesione che sembra perfettamente eguale, si abbia anidrosi.

Ma pure abbiamo alcune cognizioni tutt'altro che trascurabili.

Nel campo sperimentale, unendo dati antichi e dati nuovi, conosciamo:

a) Che una sudazione non termica si può avere per stimolazione diretta del centro cerebrale (Winkler, Pari);

b) Che questa sudazione manca (anidrosi) al di sotto di una sezione trasversa alta completa del midollo dorsale (Pari);

c) Che al di sotto di una sezione trasversa alta completa del midollo dorsale può essere conservata la sudazione termica per azione di centri spinali (Luchsinger ed altri, da me confermato);

d) Che la sudazione termica manca al di sotto della sezione se il tratto di midollo spinale sottostante è asportato (Luchsinger);

e) Che talora, e con maggior frequenza quando siano passati almeno alcuni giorni dalla sezione, il tratto di modollo spinale sottostante alla sezione si trova, nei riguardi dell'innervazione spinale, nelle stesse condizioni come se fosse stato asportato: cioè manca la sudazione termica al di sotto della sezione (Nawrocki);

f) Che una stimolazione del midollo ad un determinato livello può dare secrezione sudorale al di sotto di questo livello indipendentemente dallo stimolo termico, e che tale stimolazione può essere rappresentata da una lesione del midollo per sè stessa, per esempio da un trauma, da una sezione o dai fatti irritativi conseguenti (Goltz ed Ewald, Brown-Séquard, Pari);

g) Che talora, al di sotto di una sezione alta completa del midollo, i centri sudorali spinali non solo conservano l'eccitabilità per lo stimolo termico, ma si trovano in condizioni di

iperecitabilità, per cui al di sotto della sezione si ha un'iperidrosi termica (Pari).

L'esperimento ci rende quindi completamente conto delle varie eventualità che si constatano in clinica relativamente al comportamento della sudazione al di sotto di un focolaio morboso spinale. Ed ho rilevato anche nei riguardi dell'anidrosi che alcuni casi hanno caratteri speciali per cui si possono mettere più specialmente in parallelo con l'una o con l'altra eventualità sperimentale. Se poi finora la fisiologia sperimentale non spiega perchè al di sotto di una lesione talora il midollo sia normalmente eccitabile per lo stimolo termico, talora ipoeccitabile e talora ipereccitabile, non è da sorprendersi se finora nemmeno la clinica spiega queste stesse diversità, che essa riscontra nei suoi casi.

Due punti però sono chiari: che in qualche caso a breve distanza di tempo dalla sezione si ha eccitabilità normale, ed a distanza di tempo maggiore l'eccitabilità diminuisce (maggior frequenza dell'anidrosi termica a distanza di tempo dalla lesione negli esperimenti del Luchsinger e del Nawrocki), e che talora la iperidrosi al di sotto della lesione non è una iperidrosi termica, ma è dovuta ad una sudazione da irritazione locale nel punto della lesione.

È anche logico supporre che l'ipereccitabilità per gli stimoli termici al di sotto della lesione sia dovuta ad irritazione locale, nel punto della lesione, degli elementi sudorali, irritazione che è insufficiente a provocare per sè stessa la sudazione, ma sufficiente a dare iperidrosi quando si sommi con uno stimolo termico.

Siamo quindi un po' più innanzi di quanto affermava lo Schlesinger, e fra altro possiamo spiegarci anche che « talora si possa avere iperidrosi nelle lesioni trasverse del midollo spinale ». Tanto possiamo spiegarcelo, che ne conosciamo anzi più di un meccanismo, e che troveremo difficoltà soltanto a distinguere quale di questi meccanismi sia quello che dà iperidrosi nel singolo caso osservato.

Desidero infine rilevare anche un'altra constatazione di carattere clinico, che mi pare risulti dall'insieme dei casi pubblicati, benchè non sia ancora possibile classificarli statisticamente: cioè, la maggior frequenza dell'anidrosi o dell'iperidrosi secondo la varia natura del processo morboso.

Senza poter per ora precisare statisticamente questa constatazione, mi limito a rilevare la grande frequenza delle iperidrosi bilaterali od unilaterali nella siringomielia, in confronto con le altre mielopatie.

CONCLUSIONI.

Sperimentalmente si può avere una secrezione sudorale al di sotto di una lesione midollare, sia fugacemente dopo il trauma, sia per tempo più lungo (per stimolazione diretta di centri e di vie sudorali per l'atto meccanico della lesione, e per fatti irritativi infiammatorii nella sede della lesione midollare).

Sperimentalmente elementi sudorali spinali separati dai centri possono presentare un'ipereccitabilità di fronte ad altri stimoli che li colpiscano (termici, asfittici).

Abbiamo quindi due meccanismi che possono dare un'iperidrosi nelle mielopatie: o l'irritazione diretta di elementi sudorali nel midollo, o l'ipereccitabilità di questi elementi verso lo stimolo termico. Finora nello studio clinico delle mielopatie non è stato tenuto conto della distinzione tra sudazioni spontanee (accessionali o continue) ed iperidrosi per lo stimolo termico, mentre i risultati sperimentali fanno ritenere che esse siano dovute a meccanismi diversi: nel primo caso fatti irritativi locali nella sede del processo morboso, nel secondo caso ipereccitabilità di centri situati a maggiore distanza dalla sede di esso.

Come la fisiopatologia sperimentale non spiega finora le ragioni per cui lesioni midollari apparetentemente eguali danno in qualche caso anidrosi ed in qualche caso iperidrosi, così nemmeno le osservazioni cliniche rendono conto sinora di questa differenza; però vi sono parecchi fatti i quali in parte rendono conto dell'uno e dell'altro comportamento, e le eventualità cliniche trovano nelle corrispondenti eventualità sperimentali una completa analogia e quindi una relativa spiegazione.

Clinicamente sembra prevalere l'anidrosi o l'iperidrosi anche secondo la varia natura del processo morboso (maggior frequenza delle iperidrosi nella siringomielia in confronto di altre mielopatie).

BIBLIOGRAFIA.

1. GOLTZ F. ed EWALD J. R. *Der Hund mit verkürztem Rückenmark*, in *Pfl. Arch.*, 1896, vol. 63, pag. 362-400.
2. BROWN-SÉQUARD. *Leçons sur les nerfs vasomoteurs, etc.* — Paris, Masson, 1872.
3. VULPIAN, C. R. Acad. Sciences, 19-26 agosto 1878. Cit. da Franck alla voce *Sueur Physiologies*, del Dict. del Déchambre, 1884.
4. V. LEYDEN. Cit. dal Du Cazal, ibidem, voce *Sueur, Pathologie.*
5. MENDELSSOHN M. *Deux cas de paraplégie de nature organique suivis de guérison.* Seduta 1° luglio 1915 della Soc. de Névrologie, in *Revue Neurol.*, 1916, 1° semestre, pag. 190.
6. SEEBOHM. *Ueb. einen Fall von Tumor medullae spinalis*, in *Inaug. Dissert.* Strassburg, 1889.

7. WAGNER e STOLPER. *Verletzungen der Wirbelsäule und des Rückenmarkes*, in *Deutsche Chir.*, 1898.
8. EHRLICH. *Ein Fall von Stichverletzung des Rückenmarkes*, in *Wien. klin. Woch.*, 1893.
9. MANNKOPF. *Uber acute Myelitis*, 1865. Cit. dal Nitzelnadel, *Ueber nervöse Hyperidrosis u. Anidrosis*. — Jena, 1867.
10. SCHLESINGER H. *Spinale Schweissbahnen u. Schweisscentren*, in *Festschr. zu Ehren von M. Kaposi*. — Wien u. Leipzig, Braumüller, 1900. — Ivi attinsi buona parte della precedente bibliografia tedesca.

NOTE E CONTRIBUTI.

I termini di pressione sanguigna sistolica e diastolica sono impropri; bisogna parlare di pressione massima e minima

Prof. GIOVANNI GALLI.

Lo studio della pressione del sangue nei grossi vasi arteriosi non si limita ora più alla misurazione della pressione cosidetta sistolica, quando cioè il ventricolo in completa sistole manda il suo contenuto nell'aorta, ma si va sempre più interessando alla misurazione della cosiddetta pressione diastolica, o come meglio si dovrebbe dire pressione minima. Durante una rivoluzione cardiaca la pressione nelle arterie passa da un minimo ad un massimo e da questo ritorna al minimo di prima. Tale constatazione si può fare in maniera palmare, infilando un tubo di vetro nel moncone centrale di un'arteria; il sangue si innalza rapidamente fino ad un certo livello di pressione costante, e che corrisponde alla pressione minima, o come si dice diastolica. Ad ogni sistole poi il sangue si innalza nel tubo di un certo tratto ancora sino a raggiungere un massimo livello, nel quale resta un istante per ridiscendere al livello della pressione costante. Questo giuoco si ripete ad ogni rivoluzione cardiaca. Per avere un'idea ancor più pratica della pressione costante immaginiamo di perforare una tubazione di acqua a pressione; ne esce un getto di una certa altezza e che permane sempre allo stesso livello. Avverrebbe semplicemente quanto vediamo nelle vie di Roma, quando il fontaniere avvita il suo tubo alla condottura dell'acqua: il getto d'innaffiamento mantiene la stessa lunghezza, se non intervengono spatole od altri ordigni, che frenino l'uscita dell'acqua. Allo stesso modo le punte dei due getti di acqua delle fontane di San Pietro restano sempre allo stesso livello. Ma se noi nella conduttura immaginassimo di inserire un grosso stantuffo, funzionante ritmicamente, le punte delle due fontane si innalzerebbero ad ogni stantuffata, ed in proporzione, diciamo così, alla forza sistolica di ogni colpo di stantuffo.

Il passaggio della pressione minima sanguigna alla massima e viceversa avviene gradatamente e progressivamente: il tracciato del polso ci dà un'idea di tale fatto. La cuspide dello sfigmogramma rappresenta l'istante della pressione massima e le basi del tracciato la pressione minima; la linea ascendente si forma durante il passaggio della pressione minima alla massima e la linea discendente, che è di norma più lunga e meno rapida della precedente, si forma durante il passaggio dalla pressione massima alla minima.

Siccome l'innalzamento della pressione sanguigna avviene durante la seconda fase della sistole ventricolare, si è dato senz'altro il nome di pressione sistolica alla pressione che esiste nelle arterie durante la loro dilatazione; mentre per antitesi si è chiamata diastolica la pressione, che vige nelle arterie durante la loro sistole. Sarebbe stato più proprio dire pressione cardiosistolica e cardiodiastolica, o meglio pressione arteriodiastolica e arteriosistolica, quanto ora si dice impropriamente pressione sistolica e diastolica. Ma anche tali denominazioni non sarebbero esatte. Ecco il perchè.

La sistole ventricolare si può dividere, come è noto, in due fasi assai importanti: la prima di *tensione* o *sistole latente*, durante la quale la pressione endoventricolare si va innalzando sino a raggiungere la pressione aortica. Pur essendo il miocardio contratto, non esce ancor sangue da esso e la pressione endoaortica ne resta ininfluenzata, anzi continua ad abbassarsi e raggiunge appunto il suo massimo durante la sistole latente. Appena il contenuto ventricolare supera la pressione dell'aorta, le valvole aortiche si aprono ed il sangue affluisce verso l'aorta con una pressione sempre più aumentante fino a raggiungere il massimo precisamente alla fine della seconda fase sistolica, o *fase di efflusso*, o di *svuotamento sistolico*.

Durante la diastole ventricolare la pressione endoaortica va progressivamente diminuendo e la ragione è chiara. Nell'aorta non arriva più sangue, mentre da essa sfugge per la via dei capillari; nell'albero circolatorio non vi è più forza viva, salvo quella immagazzinata nelle sue pareti elastiche durante la sistole ventricolare ed evidentemente incapace di mantenere la pressione endoarteriale per la sfuggita del sangue dai capillari. Questa diminuzione è progressiva e raggiunge il suo massimo durante la sistole latente, come lo dimostrano i diagrammi ottenuti negli animali della pres-

sione endoaortica e del cardiogramma (vedasi fig. 66, vol. 1, *Fisiol.* del Luciani). Se non intervenisse una successiva sistole la pressione endoaortica continuerebbe a cadere con gravi disturbi funzionali, il che avviene, per es., nel morbo di Adams-Stokes, sino ad aversi una sindrome di morte.

Che la sistole latente non sia una semplice speculazione fisiologica senza interesse clinico, ce lo mostra quell'interessante manifestazione clinica, che è l'extrasistole. Se essa è molto precoce, cioè se insorge, come non di raro, a diastole poco inoltrata, e quando dunque la forza di riserva accumulatasi durante il troppo breve riposo cardiaco, è scarsa, vi ha un simulacro di sistole ventricolare che non riesce a superare la pressione endoaortica, per cui avviene una vera sistole frustranea, senza effetto sul dinamismo circolatorio. Il ventricolo si contrae, ma senza gettito di sangue, la rivoluzione cardiaca si limita per così dire alla fase della sistole latente; la pressione sanguigna endoaortica continua perciò a cadere e si hanno quei molesti sintomi di evanescenza e di rapido deliquio fino alla successiva sistole utile, la quale riporta la pressione aortica all'altezza normale, ma spesso producendo sensazione di urto al cuore o nelle arterie, sensazione così temuta dagli extrasistolici.

Non è quindi esatto dare il nome di diastolica alla pressione, che noi cerchiamo di misurare coi noti metodi oscillatorio, vibratorio, ascoltatorio, ecc. In gran parte essa coincide, è vero, colla diastole del ventricolo, ma la parte più bassa di essa, cioè quella che clinicamente più interessa, è sincrona colla sistole latente.

Per precisione di linguaggio, che non dovrebbe venir mai meno in una scienza obiettiva, come la cardiologia, si devono abbandonare i termini sistolica e diastolica, sostituendovi quelli esatti di massima e di minima.

Recentemente un autore di valore, mentre vuole giustificare i termini di sistolica e diastolica, emette questa proposizione, che evidentemente è infondata:

« Mais si l'on entend, par pression diastolique, *la pression qui règne dans le système artériel à la fin de la diastole ventriculaire*, il faut convenir que sa signification devient parfaitement claire et l'on comprendre que ce terme, qui s'oppose bien à celui de pression systolique, ait été conservé comme synonyme de pressioni minima par la majorité des cliniciens ».

Noi tendiamo coi nostri metodi di indagine a misurare il massimo di altezza raggiunto dalla pressione sanguigna ed il minimo a cui cade, in modo da avere esattamente la cosidetta *ampiezza del polso*, o lo sbalzo di pressione fra un estremo e l'altro. Questa conscenza ci dà un'idea abbastanza approssimativa del lavoro cardiaco. Tali estremi coincidono per il cuore col finire della fase espulsiva e col finire della sistole latente, per le arterie colla fine della loro diastole e colla fine della loro sistole, per cui sarebbe una denominazione ancor accettabile quella di *telo* (fine) *arteriodiastolica* e *telo-arteriosistolica*. Ma come appare chiaro, è ben più pratica la dicitura di massima e minima, che indica con grande esattezza quello che si ricerca, quando misuriamo le due pressioni del sangue nelle arterie.

I fenomeni anafilattici hanno una base anatomica?

Prof. A. ILVENTO
docente di igiene nella R. Università di Roma.

Il Nolf dell'Università di Bruxelles riassumeva lo stato attuale delle conoscenze riguardo alla *proteinoterapia* ed alla *proteositerapia* in una seduta dell'American Medical Association (*Journ. Med. Assoc.*, vol. 73, n. 21, pagina 1579), secondo alcune applicazioni da lui fatte recentemente alla cura di determinate malattie infettive.

La caratteristica di questo metodo consiste nell'introdurre dentro l'organismo per una via, che impedisca l'azione del meccanismo digestivo, sia le proteine native del siero di sangue o del latte o dell'uovo, sia i peptoni, prodotto intermedio di dislocazione della molecola proteinica. La via sottocutanea è quella, per cui la sostanza passa più lentamente nella circolazione generale ed arriva, per mezzo di questa, agli elementi cellulari dei vari tessuti; più rapido è il passaggio per la via intramuscolare; immediato è per la via endovenosa.

L'arrivo di forti quantità di peptone in circolo produce una vera intossicazione con diminuzione della coagulabilità del sangue, grande abbassamento della pressione sanguigna, dispnea intensissima, vomito e diarrea. Questo quadro viene chiamato dall'autore *shock da peptone* e si ottiene egualmente iniettando in circolo tossine microbiche, sostanze tossiche animali o vegetali a base quaternaria, estratti di organi, il siero od il sangue defibrinato od il prodotto di dissoluzione dei globuli rossi dell'animale medesimo; tutte sostanze, cioè, ricche di proteine.

Nell'uso terapeutico sono state adoperate dal Nolf dosi refratte di peptone per via endovenosa, spingendo l'iniezione lentamente ed arrestandosi, se la tachicardia diviene molto

forte. In tal modo si ha tachicardia e dispnea di grado moderato, che cessano dopo cessata l'iniezione. Ma dopo 30 a 60 minuti o due ore si ha un brivido prolungato e l'abbassamento della temperatura, che può durare fino a 24 ore, con profusi sudori. Quest'azione fu utilizzata in casi di febbre tifoide, di setticemia da piogeni, di eresipela, di poliartrite infettiva, ripetendo l'iniezione ogni terzo giorno, fino a defervescenza completa, e si ebbe costantemente la caduta della febbre, la scomparsa dei cocchi piogeni o di altri germi penetrati in circolo, la guarigione.

È questo il medesimo meccanismo di difesa organica, posto in azione dalla sieroterapia specifica e dalla vaccinoterapia? Entra forse in azione in quest'ultimo caso una esagerazione ed una polarizzazione in senso specifico di quel meccanismo, su cui l'azione del peptone porta uno stimolo generico? Sono due quesiti ancora insoluti. Ma io voglio rilevare che il così detto *shock da peptone* è la sintomatologia dell'anafilassi e che esso corrisponde ad un quadro ben preciso: la lesione grave-funzionale od anatomica dei nuclei di origine del vago. E vorrei a questo proposito richiamare una mia osservazione antica di 17 anni or sono, che può contribuire a portare qualche luce sulla questione.

Nel 1903, nell'istituto sieroterapico napoletano, il prof. N. Pane, ordinario di batteriologia dell'Università di Napoli, mi faceva fare una serie dei seguenti esperimenti per alcuni studi che egli aveva in corso. (A. ILVENTO, *Ueber die experimentellen Myelitiden*, in *Centralblatt für Allgemeine Patologie und Patologische Anatomie*, vol. XVI, 1905).

Si preparava dell'estratto acquoso di carne col solito metodo pei brodi batterici: sbattere la carne finemente tritata per 3 ore con acqua comune in un pallone di vetro; portare il pallone a 100° nella pentola di Koch e tenervelo tre ore; lasciare per 24 ore in riposo al fresco, filtrare, alcalinizzare con soluzione di carbonato di sodio fino a debole reazione alcalina; aggiungere cloruro sodico 0,75 %, *ma non peptone;* portare ancora a 100° per un'ora, filtrare per separare i precipitati e sterilizzare definitivamente per un'ora a 100°, conservando con le solite cautele in luogo fresco ed oscuro. Questo liquido era iniettato nella circolazione sanguigna di un coniglio, tenendolo in una buretta sterilizzata a m. 2 di altezza dal suolo e facendolo passare con le cautele di asepsi traverso una cannula di gomma ed un ago immerso nella vena marginale dell'orecchio. L'iniezione si faceva lentamente, occupando in tutto 30 minuti ad un'ora, mentre si seguivano le pulsazioni cardiache ed il ritmo della respirazione.

I fenomeni osservati erano i seguenti: Dopo i primi cc. 20, l'animale cominciava ad essere agitato, dispnoico e cresceva la frequenza cardiaca; seguiva una fase di abbattimento. Dopo cc. 40-60 ritornava una violenta fase di agitazione, la dispnea diveniva intensissima mentre i battiti cardiaci non si potevano più contare; poi l'animale si abbatteva definitivamente e l'iniezione veniva sospesa dopo introdotti cc. 70-80. Il coniglio restava abbattuto, talora aveva qualche contrazione clonica di una gamba, sempre paresi del treno posteriore e perdita delle feci. L'animale si riprendeva lentamente dopo due ore e si trascinava al sole, come se avesse freddo; ma restava abbattuto, col pelo arruffato, raccolto in sè stesso e rifiutava il cibo fino ad 1-2 giorni dopo, spesso con diarrea, subendo una forte perdita di peso. La paresi del treno posteriore si dileguava nel corso delle 24 ore. In un solo coniglio essa persistette e si aggravò in una paralisi completa di tutti e due gli arti, con atrofia muscolare, reazione degenerativo, paralisi della vesciva e del retto: tutto il quadro di una mielite traversa lombare. Questo coniglio fu sacrificato un mese dopo e si trovò incoagulabilità del sangue oltre le conseguenze anatomiche nei muscoli delle gambe per la paralisi del treno posteriore. Il midollo spinale fu da me esaminato nel laboratorio microscopico del compianto prof. Boccardi, fissandolo in liquilo di Bonin (acido picrico — formalina — acido acetico) e colorandolo col metodo Boccardi (eritrosina o azzurro di toluidina con differenziazione in soluzione di allume). Trovai una netta localizzazione alle corna anteriori grigie del rigonfiamento lombare con fenomeni di necrosi e necrobiosi delle cellule nervose: diminuzione di numero, scarsa colorabilità per atrofia, fenomeni di cromatolisi. Il numero delle cellule lese diminuiva salendo nei tratti superiori del midollo e cessava nel midollo dorsale, al di sopra del quale non furono spinte le ricerche. Le indagini furono poi sospese e non ebbi la possibilità di riprenderle su altri animali. Ma è opportuno rilevare un fatto noto a tutti gli sperimentatori: tutte le volte che s'iniettano nella vena marginale dell'orecchio del coniglio brodi batterici o sospensioni di culture batteriche, insorge sempre la fenomenologia descritta, sebbene in forma attenuata, con presenza costante di dispnea ed accelerazione dei battiti cardiaci, seguita da abbattimento. Questi fenomeni sogliono essere attribuiti all'azio-

ne delle sostanze tossiche di origine batterica, mentre sono espressione di una causa più generica: l'intossicazione da proteina introdotta per via parenterale.

Noi attribuimmo la mielite traversa trovata nel coniglio come dovuta a quegli ignoti veleni cellulari, chiamati *leucomaine* dal Gauthier, che si produrrebbero nelle carni anche dopo la morte degli animali per dislocazione della molecola proteinica sotto l'azione del protoplasma, di cui alcuni elementi continuano a vivere ed a distruggere sostanza organica per cavarne energia. Le conoscenze attuali permettono di precisare meglio. È noto che nella carne fresca esistono allo stato normale solo tracce di peptone, e che nella preparazione dei brodi culturali è necessario aggiungere del peptone. L'acqua estrae perciò dalla carne principalmente le così dette sostanze estrattive, che sono facilmente solubili, e costituiscono prodotti di frantumazione della complessa molecola proteinica inferiori al peptone. Esse presentano in generale la formola costitutiva delle amine complesse, con un nucleo ciclico, il quale forma l'avviamento alla serie aromatica. Alcune di tali sostanze, come qualche derivata della xantina e della pirimidina, si sono potute ottenere per sintesi.

Si può pensare che l'azione prolungata del calore, cui avevamo sottoposto il nostro estratto di carne durante la preparazione, abbia aumentato la quantità di questi prodotti di dislocazione molecolare. Si può pensare egualmente che, quando si introduce nel sangue della proteina o del peptone per via parenterale, poichè questi non hanno subito l'azione dei succhi digestivi che li abbiamo ridotti a materiale assimilabile, subiscano l'azione dei fermenti litici o del protoplasma vivo, che ne disgregano la molecola in prodotti più semplici e più solubili per utilizzarli od eliminarli. Tali prodotti sono principalmente le sostanze estrattive. È la loro presenza nel sangue in proporzioni non normali che riesce tossica?

Certo, l'esempio del coniglio dimostra che le cellule dei centri nervosi sono direttamente attaccate e possono restar lese fino alla morte.

Quest'azione si ha in maniera elettiva sulle cellule centro-motrici, su quelle cioè il cui cilindrasse è diretto senz'altro alla periferia. Ed è costante sui nuclei del vago, tanto negli uomini quanto negli animali, traducendosi nella fenomenologia, che ha per base la paresi o la paralisi di questo nervo e la cessazione della sua azione inibitrice e regolatrice sulla respirazione e sulla circolazione, donde risulta il quadro dell'anafilassi.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

L'acido fenico ed il solfato di magnesia nella cura del tetano

per il dott. M. GIOSEFFI.

Portare un nuovo contributo casistico alla cura del tetano col metodo Baccelli è veramente superfluo.

Dal punto di vista della medicina pratica mi sembra però non privo d'interesse richiamare l'attenzione sulla utilità che nel caso che esporrò ha dimostrato — a quanto sembra — la contemporanea somministrazione anche per la sola via gastrica, del Mg SO_4, la cui efficacia terapeutica nella cura del tetano è stata sufficientemente provata durante la guerra, qualora il farmaco venga introdotto nell'organismo in soluzioni concentrate per via endovenosa od intrarachidea.

Brevissimamente il caso:

Un ragazzo di 11 anni, che soleva camminare scalzo, ammalava il giorno 8 agosto 1918 con difficoltà nella deglutizione, avvertì poi difficoltà nei movimenti del capo, non poteva aprire bene la bocca, in breve si sviluppò il quadro completo del tetano generalizzato.

Nessuna lesione palese alla vita, nè agli arti in genere.

Date le restrizioni di movimento che vigevano nella zona ristretta di guerra (Parenzo - Istria), l'ammalato non poteva essere ospedalizzato e provvidi perciò alla meglio alla assistenza domiciliare. Appena possibile fu iniziata la cura Baccelli. Non potendo per mancanza di personale istruito le iniezioni essere praticate più spesso, come sarebbe stato desiderabile e le condizioni dell'a. lo avrebbero richiesto, ricorsi alla somministrazione del Mm SO_4 per via gastrica in mancanza di soluzioni sterili per iniezioni endovenose ed anche in considerazione delle condizioni primitive di ambiente, nelle quali il ragazzino si trovava. Non nego che a causa del trismo l'introduzione del farmaco era fortemente ostacolata, ma non impossibile.

Per essere concisi allego uno specchietto il quale ci dà un ragguaglio sommario della cura seguita e dei risultati ottenuti.

Mentre non ostante la sieroterapia, iniziata tardivamente poichè il siero doveva essere appena ordinato a Vienna, gli eccessi erano andati crescendo d'intensità e di durata e l'acido fenico per l'esigua quantità non poteva esercitare la sua piena efficacia, noi assistiamo ogni volta dopo la somministrazione del

Mg SO_4 ad una attenuazione degli accessi e ad una diminuzione della frequenza.

Nei giorni degli accessi più intensi e ravvicinati ricorsi ad una, raramente a due, iniezioni di 0.01 gr. di morfina rispettivamente di paramorfan.

La temperatura massima nel malato si ebbe dal 21 al 24 agosto con 39°.5 e 40°, discese poi al 38°, rimase subfebbrile sino alla metà di settembre, quando scomparve definitivamente. Il polso si mantenne attorno le 80 pulsazioni, salì solo tra il 22 e il 25 agosto a 90-100 e ritornò poi alle 84 e 80 pulsazioni. La frequenza del respiro si aggirava di solito attorno le 20 respirazioni al minuto, era salita solamente durante il periodo più grave dell'infezione a 24 e 28 atti respiratori al minuto.

T. R. P. nulla di notevole.

Gli ultimi accessi si ebbero il 20 e 30 agosto; alla metà di settembre il ragazzino era completamente guarito.

DATA (sieroterapia)	Acido fenico	Morfina risp. paramorfan	Mg SO_4	Accessi	*Osservazioni*
	gr.	gr.	gr.		
Inizio del male 8 agosto					
12 ag. . . .	0.06	—	—	12	
13 » . . .	0.08	—	—	14	
14 » . .	0.18	0.01	3.0	18	Intensi e ravvicinati.
15 » . . .	0.18	0.01	—	10	Meno intensi.
16 » 200 U. I.	0.12	0.01	—	20	
17 » 200 U. I.	0.12	0.01	—	26	
18 » 200 U. I.	0.24	0.01	—	30	
19 » 200 U. I.	0.36	0.01	3.0	50	Molto intensi e prolungati.
20 » . . .	0.30	0.01	—	40	»
21 » . . .	0.30	0.01	—	46	»
22 » . . .	0.12	0.02	—	56	»
23 » . . .	0.24	0.02	—	160	»
24 » . . .	0.36	0.02	3.0	32	Meno intensi.
25 » . . .	0.36	0.01	3.0	5	Comincia a flettere le gambe.
26 » . . .	0.36	0.01	3.0	8	
27 » . . .	0.36	0.01	3.0	12	
28 » . . .	0.25	—	3.0	11	Muove gli arti inferiori, il ventre è trattabile.
29 » . . .	0.25	—	3.0	1	Si mette a sedere sul letto. - La deglutizione si compie bene. - Muove gli arti super. ed il capo.
30 » . . .	0.18	—	—	1	
31 » . .	0.12	—	—	—	
1° nov. . . .	0.06	—	—	—	
800 U. I.	4.60	0.17	24.0		

Complessivamente erano stati introdotti nello ammalato dal 12 agosto sino al 1° settembre 4.60 gr. di acido fenico e 24 gr. di Mg SO_4, distribuiti su 8 giorni (per sei giorni di seguito 3 gr. di Mg SO_4 *pro die*) e dal 14 al 27 agosto 0.17 gr. di morfina rispettivamente di paramorfan.

Ove ulteriori casi lo confermassero, il solfato di magnesia associato all'acido fenico (metodo Baccelli) potrebbe essere un ottimo ausilio nella terapia antitetanica, anche quando il farmaco fosse introdotto per via gastrica, come avviene con i bromuri ed i sali di calcio nella cura della epilessia.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

Somministrazione dei vaccini per via gastrointestinale. Confronto tra i nuovi vantaggi e quelli della via ipodermica o endovenosa.

(PAUL DENIS. *Le Scalpel*, n. 4, 24 gennaio 1920).

È possibile introdurre nell'intestino della cavia una dose di tossina tetanica 3000 volte mortale senza ottenere alcun sintomo di malattia. La quantità di tossina così introdotta non è completamente distrutta ed una piccolissima parte, assorbita dalla mucosa intestinale, passa nel sangue provocando la formazione di anticorpi specifici.

Nel 1907 Courmont e Rochaix riuscirono a immunizzare, per via intestinale, dei conigli contro il b. piocianeo, e cercarono allora di ottenere per la stessa via l'immunità contro il tifo. Per la vaccinazione usarono colture in brodo di 8 stipiti di bacillo del tifo sterilizzate col calore a 55° ed il vaccino venne somministrato per ingestione o meglio per clistere. Le conclusioni alle quali giunsero gli autori furono queste:

1° È possibile ottenere la vaccinazione introducendo le tossine nel grosso intestino.

2° L'introduzione diretta nel colon è da preferirsi all'ingestione.

3° Il siero degli animali così vaccinati diviene antitossico e presenta costantemente proprietà agglutinanti, bacteriolitiche e battericide.

Courmont e Rochaix con tale metodo, ottennero anche nell'uomo l'immunizzazione contro il bacillo del tifo, senza avere gli accidenti febbrili e dolorosi che si verificano con la vaccinazione per via ipodermica.

M. A. Lumière cercò allora di ottenere un vaccino facilmente applicabile praticamente alla vaccinazione per via orale. Preparò un vaccino polivalente, composto di una miscela di bacillo del tifo, di paratifo e di bacterium coli.

Le emulsioni ottenute da colture in agar di 24 ore contenevano per un centimetro cubo: 600 milioni di bacilli del tifo, 240 milioni di paratifo e 160 milioni di coli. La sterilizzazione dell'emulsione si otteneva per riscaldamento per un'ora a 50°; indi il vaccino era disseccato rapidamente a freddo, facendo assorbire la parte liquida da un sale anidro inerte per l'organismo. La polvere ottenuta veniva confezionata in pillole cheratinizzate. Ogni pillola conteneva 10 miliardi di bacilli.

L'immunizzazione si ottiene prendendo 4 pillole al giorno per 7 giorni, osservando che la somministrazione sia fatta quando lo stomaco e l'intestino tenue sono vuoti più che è possibile.

I risultati ottenuti con tale vaccinazione sono:

1° Il potere immunizzante è uguale a quello del vaccino di Chantemesse, Vincent o Vidal;

2° Somministrato a parecchi milioni di persone non ha mai provocato accidenti od inconvenienti di sorta;

3° Pertanto non ha le contro-indicazioni degli altri vaccini, in rapporto all'età ed alle condizioni fisiche dell'individuo da vaccinare;

4° Conferisce l'immunità in 8 giorni, mentre per gli altri vaccini ocorrono almeno 3 settimane;

5° Il modo di somministrazione rende oltremodo facile la generalizzazione dell'uso.

L'A. ha somministrato l'entero-vaccino a circa 20 persone ed ha ricercato il potere agglutinante del siero dal 2° giorno dopo ultimata la somministrazione di esso.

Egli ha riscontrato agglutinazioni nette nelle proporzioni 1:100 e 1:150.

È stato anche preparato un vaccino antigonococcico da usare per via orale. I casi trattati con esso sono troppo pochi per poter giungere a qualche conclusione sulla sua efficacia. Tuttavia gli esami microscopici della secrezione uretrale, ripetuti ogni giorno, in malati trattati, gli uni con l'entero-vaccino-antigonococcico Lumière, gli altri col gono-vaccino Cohen, hanno dato risultati esattamente concordanti tanto per la fase negativa susseguente di 18-24 ore all'assorbimento del vaccino, quanto per la fase positiva che ne segue. E pertanto, pur non essendo ancora raccolti gli elementi necessari e sufficienti per porre un giudizio sull'efficacia dell'entero-vaccino nella blenorragia acuta; l'A. afferma che la via gastro-intestinale può servire per la somministrazione dei vaccini, con la stessa efficacia della via ipodermica o endovenosa, senza presentarne i pericoli e gli inconvenienti.

TRENTI.

CHIRURGIA.

I processi d'estrazione dei corpi estranei dall'esofago.

(CHAUVIN e BURGUES, *Gazette des Hôpitaux*, nn. 52 e 53).

« L'indicazione di sempre togliere, e il più rapidamente possibile, i corpi estranei dell'esofago » non si discute più (Guisez). Ma, prima d'intraprendere un intervento spesso delicato e qualche volta grave, bisogna aver verificato l'esistenza del corpo estraneo.

Per l'addietro, il cateterismo, spesso infedele, qualche volta dannoso, era l'unico modo pratico d'esplorazione dell'esofago. La radiografia apporta alla diagnostica nuove facilitazioni, poichè precisa perfettamente l'esistenza dei corpi estranei metallici e con un esame obliquo anche dei corpi ossei. L'esofagoscopia, d'applicazione più recente, fornisce indicazioni più complete: permette non solamente di precisare l'esistenza, la forma, la natura e la sede del corpo estraneo, ma ancora di studiarne il modo di fissazione e d'apprezzare le lesioni parietali e di procedere all'estrazione.

Accertata la diagnosi, l'indicazione è formale di estrarre il più rapidamente possibile il corpo estraneo. L'eliminazione spontanea, col vomito, è un'eventualità eccezionale. La progressione spontanea verso lo stomaco è sempre incerta. Lasciare il corpo in posto è d'altra parte esporre fatalmente il malato a complicazioni gravi, il più delle volte mortali. Distrurre il corpo estraneo sul posto è un metodo che si può tentare, ma rarissimamente realizzabile.

I metodi d'estrazione dei corpi estranei dell'esofago, multipli e diversi, possono dividersi in due gruppi principali: i primi, incruenti, si propongono di evacuare il corpo del delitto per gli orifici naturali del tubo esofageo o respingendolo verso lo stomaco o estraendolo attraverso il faringe e la bocca con o senza l'esofagoscopia; i secondi, cruenti, accedono più o meno direttamente sui corpi estranei attraverso una via artificialmente creata e interessante la continuità delle pareti esofagee.

A) PROPULSIONE. — Può essere immediata o previa anestesia delle pareti esofagee (metodo di Sargnon) o metodica sotto il controllo dell'esofagoscopia.

1. *Propulsione immediata*. — Nel popolo si fanno inghiottire al malato delle *purées* fitte o dei tamponi di stoppa; ma in genere le prime sono inefficaci per quanto inoffensive e i secondi sono, per lo più, dannosi, potendo costituire per conto loro dei corpi estranei (Jalaguier).

La propulsione con sonde rigide è più metodica ma anche più dannosa, poichè espone alle perforazioni delle pareti già lese. Il malato starà seduto, con la testa respinta indietro: lo strumento sarà introdotto sull'indice sinistro come guida fino al di là del laringe, poi spinto lentamente. Si deve esercitare una pressione prudente, moderata, e, per favorire lo scivolamento, si potrà raccomandare al malato d'inghiottire dell'acqua o meglio ancora dell'olio (Gangolphe).

In genere, i tentativi di propulsione non sono giustificabili che per i corpi piccoli, lisci, situati in basso e di recente introduzione.

2. *Disincastro cocainico.* — È il metodo propugnato da Sargnon, basato sul principio che la maggior parte dei corpi estranei dell'esofago sono ritenuti semplicemente per lo spasmo. L'anestesia locale del tubo esofageo, facendo cessare lo spasmo, disimpegna il corpo e gli permette di proseguire attraverso il tubo digerente il suo cammino normale. All'uopo, si anestetizzano successivamente le fauci, la faringe, l'ipofaringe, e poi con una sonda porta-cotone, col tampone imbevuto di cocaina, si discende lentamente, progressivamente su tutta la lunghezza del tubo esofageo, fino a contatto del corpo. In questo momento, bisogna agire prudentemente, completare l'anestesia locale e non spingere mai: il corpo deve discendere da sè.

Questo metodo, a dire di Sargnon, Mickulicz, Stork, v. Hacker, darebbe risultati eccellenti e pressochè costanti.

3. *Propulsione esofagoscopica.* — Qualche volta la dilatazione del condotto per opera del tubo esofagoscopico provoca il disimpegno e la progressione del corpo estraneo.

B) ESTRAZIONE PER LE VIE NATURALI. — Il metodo dei vomitivi, in generale inefficace, spesso dannoso, è stato completamente abbandonato. L'estrazione digitale è solo possibile per i corpi estranei del faringe. L'estrazione con una sonda calamitata potrebbe essere tentata in caso di corpi metallici di ferro o di acciaio.

Dopo l'uncino di J. L. Petit, tre strumenti sopratutto sono stati impiegati per l'estrazione dei corpi estranei: il panierino di Graeffe, l'uncino di Kirmisson e le pinze.

I misfatti del panierino di Graeffe, un tempo tanto in uso, son troppo noti per non far ripudiare definitivamente questo metodo. Al momento dell'estrazione, il panierino è qualche volta fatto prigioniero dal corpo stesso che doveva estrarre. Si è allora tentati di usare la violenza e si producono lesioni gravi della parete esofagea: un'esofagotomia fu spesso necessaria per estrarre non solamente il corpo, ma anche il panierino incastrato.

L'uncino di Kirmisson è più inoffensivo, impiegato sopratutto nei bambini e per i corpi piatti e regolari. Lo si introduce lentamente, a concavità posteriore, fino al disotto del corpo estraneo; poi lo si ritira provando di uncinare quest'ultimo.

Le pinze destinate all'estrazione dei corpi estranei devono avere i morsi corti ed essere relativamente flessibili. S'introduce la pinza con i morsi chiusi fino al corpo estraneo, si apre allora solamente e si cerca di afferrare dolcemente il corpo, evitando le pieghe della mucosa esofagea.

Ma si tratta di un metodo cieco, adottabile solo per la regione cervicale.

La presa del corpo estraneo è stata tentata anche sotto il controllo della radioscopia, che però, non dando che proiezioni, facilita poco la presa.

C) ESTRAZIONE ESOFAGOSCOPICA. — L'esofagoscopio permette di afferrare, disincastrare ed estrarre, sotto il controllo reale della vista, i corpi estranei dell'esofago.

Si utilizza in generale lo strumentario di Brunings. Nei bambini si praticherà l'anestesia generale, negli adulti la locale. La posizione sarà assisa o sdraiata, a seconda del genere di anestesia. Si farà tenere la testa fortemente rovesciata indietro. La lingua, afferrata con un fazzoletto, è attirata fuori della bocca. L'operatore, con la mano sinistra appoggiata sulla fronte del paziente, regola la posizione della testa tenuta da un aiuto. Con la mano destra introduce l'esofagoscopio fino all'ugola, quando si rialza leggermente la testa del malato mentre si abbassa l'estremità del tubo endoscopico. Si fa scivolare il tubo sulla faccia posteriore delle aritnoidi, e a 14-15 cm. dall'arcata dentaria superiore, per sormontare lo sfintere esofageo, bisogna raccomandare al paziente di respirare profondamente e spingere con pressione dolce e costante. D'allora, niente più arresta la discesa dell'esofagoscopio.

Il più delle volte il corpo estraneo s'è arrestato nell'ipofaringe, nella bocca dell'esofago o nell'esofago cervicale, più raramente a livello del restringimento aortico o del cardias. Se lo trattiene il solo spasmo, può accadere che il tubo lo disincastri ed esso cada così per il suo peso nell'esofago toracico, varchi l'esofago e scompaia nello stomaco. Si può evitare ciò impiegando sistematicamente la posizione orizzontale o dei tubi di piccolo calibro.

Appena s'è visto il corpo estraneo, si afferra con la pinza, lo si disincastra, all'occorrenza sotto anestesia cocainica locale (Lemaître), e

si ritira dolcemente, o attraverso il tubo se le sue dimensioni lo permettono, o applicato contro l'orificio inferiore del tubo. Non bisogna tirare quando si sente una resistenza, altrimenti si corre il pericolo di lacerare le pareti esofagee: guardarsi sopratutto dagli oggetti irregolari e pungenti, dalle ossa in particolare.

Si tratta senza dubbio di un intervento delicato, che richiede uno strumentario complesso, grande abilità, lunga pratica. Jackson su 206 casi ha avuto 4 morti, ed altri operatori americani hanno avuto 12 morti su 193 casi. Il principale accidente è la perforazione dell'esofago, donde la regola di non ricorrervi se si ha già febbre e gonfiore del collo per perforazione dell'esofago e formazione di un ascesso cervicale. Altre contro-indicazioni sono gli stati cachettici, le infezioni gravi, la maggior parte delle affezioni del sistema nervoso (tabe, paralisi bulbare, siringomielia, gozzo esoftalmico), del cuore e dei vasi (arteriosclerosi avanzata, miocardite, pericardite, aneurisma aortico, varici esofagee), l'emofilia, la dispnea d'origine laringea o polmonare, i tumori del mediastino.

Il metodo dell'estrazione endoscopica ha dato finora i migliori risultati.

D) ESTRAZIONE CRUENTA. — *Metodi chirurgici.* — Quando, per una ragione qualunque, l'estrazione non può ottenersi per le vie naturali, si deve ricorrere all'intervento cruento. Secondo la situazione del corpo estraneo, sono necessarie o la faringotomia o l'esofagotomia (cervicale o transmediastinica), o la gastrotomia.

1. *Faringotomia retro-tiroidea.* — Incisione di 8 cm. sul bordo anteriore dello sterno-cleido-mastoideo, di preferenza a sinistra, col centro sul bordo posteriore della cartilagine tiroide. Incisa l'aponeurosi cervicale media, si mette a nudo la cartilagine tiroide, se ne seziona il peduncolo, ciò che fa scoprire largamente il costrittore faringeo, in corrispondenza del quale si pratica l'incisione, e con una pinza tenuta con la mano destra e guidata dall'indice sinistro, si afferra il corpo e si estrae.

Questa operazione, di tecnica facile, deve essere utilizzata per i corpi estranei della faringe e della parte affatto superiore dell'esofago.

2. *Esofagotomia esterna cervicale.* — L'incisione deve portarsi a sinistra, e solo in casi speciali a destra, perchè l'esofago normalmente deborda a sinistra della trachea. L'incisione lunga 10 cm. va da 1 cm. al disotto della forchetta sternale fino alla cartilagine cricoide, seguendo il bordo anteriore dello sterno-cleido-mastoideo. Si reclina in fuori il fascio nerveo-vascolare insieme con il muscolo, si cammina nel cellulare immediatamente in fuori del corpo tiroide fino alla trachea, ribattendo il lobo tiroideo verso la linea mediana e il muscolo omo-ioideo in fuori e sezionando sistematicamente l'arteria tiroidea inferiore. L'esofago, sporgente dietro la trachea, si rinviene facilmente, tanto più che il corpo estraneo serve di guida. Riconosciuto il nervo ricorrente, s'incide l'esofago parallelamente alla sua direzione, su una lunghezza di 4-5 cm. e si procede quindi all'estrazione del corpo estraneo. Ciò fatto, se l'esofago è sano e i bordi dell'incisione sono netti, se ne fa la sutura al catgut e si drena la ferita cutanea, facendo riprendere immediatamente l'alimentazione liquida per le vie naturali; se le lesioni locali sono gravi e le pareti esofagee molto alterate, è inutile di tentare una riunione, ma si passa per la ferita nello stomaco una sonda gastrica, che si ritira verso il decimo giorno per riprendere l'alimentazione per la via boccale.

Questa operazione permette d'incidere direttamente sul corpo estraneo cervicale e di estrarlo infallantemente, sotto il controllo della vista; permette inoltre di aprire le collezioni peri-esofagee e di drenarle. La fistola esofagea che residua all'atto operativo in genere si chiude in poco tempo. La mortalità, secondo Gross, oscilla intorno al 20 %, ma non si deve dimenticare che l'esofagotomia è il trattamento dei casi gravi, di quei casi precisamente in cui gli altri metodi sono controindicati o hanno fallito.

3. *Esofagotomia esterna mediastinica.* — Incisione verticale dei tegumenti, lunga 15 cm. almeno, vicino ai corpi vertebrali. Si denudano le coste del loro periostio e si resecano sia definitivamente sia temporaneamente, su una lunghezza di 2 a 12 cm. Bisogna resecare da 3 a 6 coste. Emostasi delle intercostali. Se l'intervento è a sinistra, scollando con la mano la pleura parietale, si arriva al davanti dei corpi vertebrali sull'aorta, davanti alla quale e a destra si trova l'esofago. A destra, scollata la pleura, al davanti dei corpi vertebrali, nella fossetta sotto-azigos, si trovano due cordoni bianchi: uno esterno, il pneumogastrico destro; uno interno, l'esofago, che si isola e si attira per inciderlo.

Questa operazione non è stata praticata che tre volte sul vivente da Forgue, Henle e Enderlen: una sola volta il tentativo è stato coronato da successo.

4. *Gastrotomia.* — Incisione della parete addominale lungo il bordo costale o sulla linea mediana. S'incide lo stomaco, per lo più parallelamente alla curvatura, a eguale distanza dal cardias e dal piloro. S'introduce l'indice nello stomaco, che cerca il cardias e vi pene-

tra: si disincastra il corpo e si estrae. Sutura in due piani dell'apertura gastrica.

Questa operazione, ideata da Richardson (1886), serve per i corpi estranei vicini al cardias. In concorrenza con l'esofagotomia transmediastinica, è infinitamente più facile e meno grâve. Si pratica molto raramente, perchè la quasi totalità dei corpi estranei dell'esofago che abbandonano la regione sita dietro il manubrio dello sterno scendono quasi sempre fino allo stomaco (Sébileau).

5. *Esofagoscopia retrograda.* — Si pratica la gastrotomia quanto più è possibile vicino al cardias. Il dito ne ricerca l'orificio e guida il tubo, che si spinge a contatto del corpo estraneo.

Questo intervento è di difficilissima esecuzione ed anche dannoso perchè espone a contaminazioni settiche gravi, non essendo possibile la sterilizzazione dello strumentario.

E) INDICAZIONI GENERALI. — Le indicazioni generali saranno desunte dalla natura e dalla forma del corpo estraneo, dalla sede, dalla durata del suo soggiorno e dalle lesioni parietali prodotte.

Se si tratta di un corpo molle, d'origine alimentare (pezzo di carne, frammento di patata) si può tentare la propulsione nello stomaco, a condizione che il suo volume sia piccolo, l'introduzione recente, e che si agisca con estrema prudenza.

I corpi regolari, lisci e appiattiti (monete) saranno spesso estratti senza difficoltà con l'uncino di Kirmisson.

La sede del corpo estraneo fornisce indicazioni qualche volta imperiose. Per i corpi estranei, fortunatamente rari, dell'esofago mediastinico, praticamente inaccessibile alla chirurgia, bisognerà ricorrere all'estrazione per le vie naturali, ed impiegare, secondo i casi, propulsori, panierini, uncini o esofagoscopi.

La propulsione offrirà i maggiori vantaggi per i corpi vicini al cardias.

Una lunga permanenza del corpo estraneo rende probabili le lesioni parietali e controindica assolutamente le manovre cieche di propulsione e di estrazione. È all'esofagoscopio che si ricorrerà in casi di lesioni leggiere o di corpi del segmento toracico. Se le lesioni sono gravi, se un ascesso periesofageo deve condurre al corpo estraneo attraverso ad un'apertura spontanea della parete esofagea, si ricorrerà evidentemente all'esofagotomia.

Infine, bisognerà tener conto dei mezzi che si hanno a disposizione e dell'urgenza possibile. In presenza di fenomeni di asfissia o di disturbi gravi, si andrà rapidamente: si tenterà da principio di afferrare con le dita il corpo estraneo sul fondo del faringe; si tenterà in seguito di estrarlo con l'uncino o di respingerlo nello stomaco.

In definitiva, salvo per i casi semplici (corpi alimentari o monete) in cui sono applicabili i processi di piccola chirurgia, due metodi restano in campo: l'esofagotomia e l'esofagoscopia. Quest'ultima, di tecnica delicata, dà con un *minimum* di rischi risultati rapidi e brillanti. Ad eccezione dei casi in cui un ascesso cervicale apre da sè stesso la via verso l'esofago, l'esofagotomia esterna non deve beneficiarsi che delle sue impossibilità o dei suoi insuccessi.

B. MASCI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

XXVIII Congresso Francese di Chirurgia.

I tumori paranefritici.

(LECÈNE e THÉVENOT, relatori. *La Presse Médicale*, n. 60, 1919).

I TUMORI SOLIDI PARANEFRITICI

I tumori paranefritici sono neoplasmi retroperitoneali, che si sviluppano ora dalla capsula fibrosa ora dall'involucro cellulo-adiposo del rene, e che presentano con il rene, intatto, relazioni anatomiche intime. Questi neoplasmi, relativamente rari (113 osservazioni), che non hanno nulla a che fare con le infiammazioni croniche perirenali, i tumori degli organi vicini e le degenerazioni cancerigne dei gangli lombari, si riscontrano indifferentemente a destra o a sinistra, in ogni età prevalentemente dai 40 ai 50 anni, più specialmente nel sesso femminile.

I. ANATOMIA PATOLOGICA. — Sono tumori di volume generalmente considerevole (5, 10, 30 kg.); di consistenza variabile, dal molle pseudo-fluttuante al duro-fibroso; d'aspetto multilobato; di colore grigio-giallastro o roseo; poco vascolarizzati; circondati da una capsula connetivale. Più raramente si osservano tumori multipli a lobi staccati ed anche completamente aberranti. Nati nella loggia renale, s'infiltrano intorno al rene, l'inglobano o lo lussano fuori dal suo posto normale; si sviluppano sopratutto in avanti, respingendo il peritoneo od insinuandosi fra i suoi due foglietti. Le metastasi sono rare.

Nella grande maggioranza dei casi si ha a che fare con tumori connettivali in cui predominano nettamente l'elemento lipomatoso da principio, sarcomatoso in seguito, sotto la forma semplice o complessa (lipo-sarcoma, mixo-fibro-sarcoma, lipo-mixoma, ecc.). Raramente si è riscontrata una vera ossificazione di certe zone e la presenza di resti epiteliali, d'origine probabilmente wolffiana.

Data la loro struttura essi non possono svilupparsi che dalla capsula fibrosa del rene o dal suo involucro cellulo-adiposo.

II. STUDIO CLINICO. — La sintomatologia funzionale è presso a poco negativa: evoluzione lenta, insidiosa e quasi sempre assolutamente indolora, poco o affatto segni di compressione, salvo in uno stadio molto avanzato, quando lo stato generale declina e si può osservare la comparsa di accessi febbrili. L'esame fisico dimostra la presenza di un tumore spesso paramediano accompagnato qualche volta da circolazione collaterale della parete addominale, di forma multilobata, di consistenza variabile, mollastra, fibrosa o pseudo-fluttuante, ma senza mai dare la trasmissione netta di fiotto da una mano all'altra come nelle cisti. Generalmente poco mobile, il tumore presenta sempre il contatto lombare e spesso il ballottamento: è ottuso alla percussione, con o senza zona di sonorità anteriore. La radiografia finora non è stata impiegata.

La diagnosi è stata raramente fatta. La percussione accurata, il tracciato dermografico, e sopratutto la ricerca della sonorità colica anteriore (previa insufflazione) permetteranno di supporre, poi d'affermare la sede peritoneale. Ha grande importanza il valore funzionale dei due reni, non solamente per la diagnosi, ma per l'intervento dovendosi spesso sacrificare il rene.

L'evoluzione lenta, ma progressiva, se non s'interviene operatoriamente, è fatale a più o meno lunga scadenza. Il tumore si accresce in modo continuo, e la morte avviene o per cachessia o per una complicazione intercorrente (uremia, polmonite, flebite).

III. TRATTAMENTO. — Dati, da una parte, il volume e le connessioni di questi tumori, l'incertezza della diagnosi dall'altra, si spiega come la maggior parte dei chirurgi abbia preferito la laparotomia trans-peritoneale alle vie lombo-iliaca o para-peritoneale, troppo cieche o troppo strette per enucleare i grossi tumori. Lecène considera egualmente la laparatomia, e di preferenza l'incisione sul bordo esterno del retto, come la via di scelta. La ricerca del colon, l'incisione del suo meso e il clivaggio razionale permettono di abbordare il tumore, che si enucleerà in blocco se il volume è piccolo, o con la delobulazione progressiva, sotto il controllo della vista, in caso di volume considerevole.

La condotta da tenere rispetto al rene varierà secondo le circostanze: finora la nefrectomia è stata praticata nel 50 % dei casi studiati.

Dopo l'enucleazione, alla marsupializzazione bisogna preferire la semplice chiusura o, meglio, l'applicazione di un drenaggio lombare.

Rispetto ai risultati immediati, la mortalità operatoria raggiunge il 20 %, sopratutto per il fatto che l'operazione si è praticata in individui molto indeboliti e con tumori molto grossi. I risultati lontani sono difficili ad apprezzarsi, un solo caso essendo stato lungamente seguito (Ombrédanne, 6 anni senza recidiva). Le recidive non sono rare, quantunque si tratti il più delle volte di continuazione d'evoluzione *in situ* di lobuli obliati o sconosciuti.

Riguardo alle indicazioni dell'intervento operativo, Lecène pone le seguenti conclusioni: 1° tumore voluminosissimo, stato generale mediocre: astensione; 2° tumore di volume medio: indicazione operatoria frequente; tener conto dello stato generale; 3° piccolo tumore, indicazione press'a poco assoluta che, disgraziatamente, si presenta di rado.

LE CISTI PARANEFRITICHE.

Sotto questo nome si devono comprendere solamente i tumori liquidi aventi una parete propria, tappezzata da un epitelio o da un endotelio. Gli ematomi, e in una maniera generale tutti i versamenti incistati, quale che ne sia la natura, (sierosità, urina), devono essere eliminati da questo gruppo.

Le cisti paranefritiche sono neoplasmi poco frequenti, osservati indifferentemente nei due sessi, il più spesso dai 40 ai 60 anni.

I. ANATOMIA PATOLOGICA E PATOGENESI. — Tumori generalmente unilaterali, biancastri, lisci, sferici, qualche volta bernoccoluti, di volume variabilissimo, a contenuto liquido sotto debole tensione, le cisti paranefritiche, contrariamente ai tumori solidi, hanno sede unicamente nella capsula adiposa e mai nella fibrosa. I rapporti col rene sono differentissimi. Generalmente situata sulla faccia anteriore della metà inferiore del rene, la cisti è quasi sempre separata da quest'ultimo da un piano di clivaggio netto, raramente presenta un orificio di comunicazione con il bacinetto.

Messo a parte qualche caso di cisti idatidea e dermoide, rare, si può dividere le cisti paranefritiche vere in due gruppi:

1. *Cisti non comunicanti con il bacinetto.* — Sono le più frequenti. Presentano una parete fibro-elastica sottile, ma resistente, tappezzata internamente da endotelio o da epitelio cilindrico o cubico uni- o pluristratificato. Il liquido contenuto nella cisti è generalmente chiaro, contenente un po' di albumina e d'urea, cloruri e una quantità importante di colesterina.

2. *Cisti comunicanti.* — Sono costituite in generale da una tasca unica, di volume variabile, rivestita internamente da una mucosa fragile che ricorda quella del bacinetto, contenente fino ad un litro di liquido ricco di albumina, con cloruri e un po' d'urea.

Lo studio della struttura e della situazione di queste cisti permette di assegnare ad alcune una origine wolffiana, ad altre come punto di partenza possibile un lobulo renale aberrante o un diverticolo del bacinetto (cisti comunicanti); in qualche caso infine si può invocare l'origine da cellule peritoneali, linfatiche (cisti rivestite da endotelio) o da residui surrenali.

II. STUDIO CLINICO. — Evoluzione lenta e torpida; frequentemente dolori più o meno vivi con irradiazioni diverse. I disturbi funzionali fanno completamente difetto, ove si prescinda da turbe digestive vaghe, dall'edema degli arti inferiori e da una certa alterazione dello stato generale nei casi molto avanzati. Le turbe urinarie sono eccezionali. L'esame fisico farà riconoscere l'esistenza di un tumore liquido intra-addominale, o meglio fissato alla parete addominale, che presenta frequentemente il fenomeno del ballottamento renale.

La ricerca di una zona di sonorità colica davanti all'ottusità del tumore, il cateterismo ureterale, la radiografia, saranno qui, come per i tumori solidi, metodi d'investigazione di grande utilità.

Sviluppandosi in basso e in dentro verso la grande cavità addominale e il bacino, questi tumori possono raggiungere un volume considerevole, senza impedire il funzionamento degli organi vicini. Le complicazioni sono eccezionali. Mai degenerazione maligna. La prognosi è essenzialmente benigna. La mortalità operatoria è press'a poco nulla.

La diagnosi è difficilissima e va discussa:

1° con gli altri tumori liquidi addominali:

a) Nei casi di cisti mediane: con le cisti del corpo del pancreas, del mesentere, dell'ovaio, con i fibromi rammolliti;

b) Nei casi di cisti laterali destre: con i tumori del fegato, le grosse vescicole, gli ascessi sub-frenici;

c) Nei casi di cisti laterali sinistre: con le cisti della coda del pancreas, della milza, ecc.

2° Con i tumori della loggia renale:

a) I tumori del rene: idronefrosi, cisti, cancro;

b) I tumori peri-renali non cistici: fibromi molli, lipomi rammolliti, pseudo-cisti, ecc.

c) I versamenti peri-renali: sangue, sierosità, urina.

III. TRATTAMENTO. — Il trattamento è molto più semplice di quello dei tumori solidi. L'estirpazione totale della sacca è il processo di scelta.

Non si deve mai ricorrere alla marsupializzazione: anche la puntura semplice dev'essere rigettata.

L'incisione para-peritoneale e la vera laparatomia trovano le loro indicazioni. La via lombare resta un processo d'eccezione. La puntura permette di ridurre le più grosse cisti. La nefrectomia è raramente indicata (4 volte su 21 casi). Il drenaggio è il più delle volte inutile.

I risultati sono eccellenti (un solo morto su 21 operazioni) e tali si mantengono a distanza: non sono state osservate recidive.

B. MASCI.

Accademia delle Scienze mediche e naturali di Ferrara.

Seduta ordinaria del 18 *dicembre* 1919.

Presidenza: U. RAVENNA.

Lo sforzo fisico e l'acceleramento della frequenza cardiaca.

C. MINERBI. — La reazione di tonicità è messa in gioco (C. Minerbi) da un riflesso provocato dall'improvviso aumento dell'afflusso venoso agli atrii o della pressione sia nell'albero arterioso generale, sia nella cavità endocranica.

Infatti l'O. ha dimostrato che alle appendici auricolari, rispondenti colla fulminea prontezza delle loro reazioni di tonicità ad ogni benchè minimo variare dei coefficienti or ora enumerati, spettano per la regolazione del volume di scarico ventricolare del cuore, la stessa funzione e la stessa importanza, che competono al «regolatore a forza centrifuga» di Watt per le macchine a vapore.

Quanto poi al *determinismo dell'acceleramento della frequenza cardiaca* per lo sforzo fisico, la ripienezza delle cavità atriali in diastole (Murri) deve essere riconosciuta come il più importante elemento causale.

Appena cessato la sforzo, la ripienezza degli atrii in diastole viene ancora aumentata dall'accresciuta attività rispiratoria.

Influenza delle proteine sui processi di cristallizzazione

E. CAVAZZANI. — L'O. presenta una lunga serie di microfotografie in proiezione luminosa, per illustrare il tema della presente comunicazione.

L'O. ritiene che si tratti principalmente, come aveva già sostenuto, di azioni fisiche in rapporto colla grandezza e la pressione delle molecole colloidi e molto meno di azioni di diversa natura, alle quali aveva dato importanza qualche altro autore.

Seduta ordinaria del 23 *gennaio* 1920.

Presidenza: U. RAVENNA.

Caso di frattura in toto dell'acetabolo.

CASATI. — Caso clinico che riguarda un bambino di 10 anni e 7 mesi, cui cadde sulla spalla destra dall'alto un sacco di grano, e per cui si produsse una lesione dell'arto inferiore corrispondente nel campo dell'articolazione coxo-femorale.

Un caso di colecisto-enterostomia.

CASATI. — La chiusura del coledoco al suo sbocco nel duodeno non era data da un carcinoma della testa del pancreas, ma probabilmente da pregressa ulcera duodenale. L'operazione quindi ebbe non un beneficio temporaneo, ma una guarigione stabile.

Le occlusioni intestinali nel megocolon. - Meccanismo di produzione. - Mezzo facile per vincerle.

CASATI. — L'A. riporta tre casi in cui i segni avanzati di occlusione si vinsero rapidamente sollevando notevolmente il bacino introducendo una canula nel retto.

L'O. trova la spiegazione nel fatto che nel megacolon il meso è molto lungo e quindi quando le feci si accumulano nella parte bassa del sigma, queste aumentano col loro peso l'angolo fino ad occludere il lume dell'intestino. Si comprende quindi come la posizione elevata del bacino distenda l'angolo e vinca l'occlusione.

Seduta ordinaria del 13 *marzo* 1920.

Presidenza: G. BARBIERI.

Appunti clinici ed anatomo-patologici nell'encefalite letargica. - Nota preventiva.

A. M. LUZZATTO e F. RIETTI. — Gli OO. hanno potuto osservare clinicamente:

Notevole polimorfismo della sindrome clinica; insolita frequenza di forme coreiche e miocloniche; inizio dell'epidemia con una breve epidemia di singhiozzo; paralisi a tipo di neurite nella convalescenza; disturbi dell'innervazione vescicale; reazione miastenica negativa.

Risultato negativo da tutte le ricerche batteriologiche.

Si tentò la deviazione del complemento con due antigeni ottenuti mediante estratto alcoolico di cervello di encefalitico. La reazione eseguita tanto col siero, quanto col liquido cerebro-spinale di quattro malati, diede sempre risultato negativo.

Le ricerche anatomo-patologiche hanno dimostrato, oltre alle lesioni infiammatorie già note del bulbo e del ponte, un'infiltrazione infiammatoria diffusa anche alla corteccia, con lesioni gravi del reticolo fibrillare endo- e pericellulare, bene riconoscibili sopra tutto col metodo di Rielschorosky. Fatti analoghi, benchè più rari, furono riscontrati anche nel bulbo e nel ponte. Quanto alla cura, in un caso si ebbe notevole vantaggio dall'iniezione endorachidea di electrargolo.

Un nuovo e semplice artificio per la cura del "dito varo,, del piede da calzature improprie.

C. Minerbi. — Il «dito varo» del piede è una malformazione dolorosissima, per la quale non era noto sinora alcun trattamento efficace.

Si arrotoli uno dei comuni piccolissimi tappi comuni (n. 1) di *caoutchouc* entro una sottilissima faldella quadrata di cotone idrofilo, larga circa cinque centimetri e mezzo. La si adatti entro l'angolo di flessione in modo che la base del cono corrisponda al margine laterale del dito e l'apice a mediale. I due esili manicotti di cotone, che sporgono oltre il tappo di qua e di là dal dito, si rialzino da un lato e dall'altro del dito medesimo, tirandoli verso l'estremità prossimale dello spazio interdigitale corrispondente: per tal modo il tappo vien tenuto fissato nella sua sede.

Nei primi tempi l'apparecchio va portato solo a giorni alterni: poi costantemente fino a guarigione ottenuta. Questa non è possibile se la capacità della calzatura non permette il raddrizzamento del dito.

Padovani.

Reale Istituto Veneto di Scienze, Lettere ed Arti.

Adunanza ordinaria del 22 aprile 1920.

Osservazione di un voluminoso condro-mixo-sarcoma costale.

D. Giordano. — L'O. comunica una osservazione di un voluminoso condro-mixo-sarcoma costale, operato 14 anni or sono, recidivato e rioperato tre volte nei primi tre anni, senza ulteriore ricaduta per parte del paziente, che gode tuttora buona salute. L'operazione dimostra ancora una volta la possibilità di aprire ampiamente una delle cavità pleuriche con la stessa semplicità con cui si apre l'addome senza bisogno di macchine respiratorie speciali: cosa questa confermata, non insegnata, come immaginano taluni, dalla più estesa e recente chirurgia di guerra. Nella prima operazione furono interessati, oltre alla gabbia toracica, il pericardio, il diaframma, l'esofago, per seguire il tumore in tutte le sue diramazioni. Nell'ultimo intervento fu resecato un pezzo di parete gastrica, suturando immediatamente ogni volta le breccie operatorie, come del ventre, così del torace.

Lo spatium supragenuale e le formazioni in esso contenute.

G. Favaro. — L'O. riferisce sopra ricerche da lui già iniziate nel 1914-15 e rimaste poi quasi completamente interrotte durante i quattro anni del suo servizio militare: esse concernono lo studio delle formazioni profonde della parte superiore del ginocchio umano, giacenti fra muscolo quadricipite e femore, e cioè il recesso superiore della capsula articolare e le tre borse soprapatellari intermedia, laterale e mediale; alcune formazioni ritenute omologhe alle patelle accessorie delle scimmie; i varî sistemi di fascetti muscolari costituenti nell'insieme il muscolo articolare del ginocchio; alcune formazioni connettive ed adipose; i vasi ed i nervi.

Questi organi sono studiati non solo anatomicamente, ma i principali tra essi anche dal punto di vista statistico, con tabelle e specchietti, e nel loro sviluppo.

A. Dian.

Adunanza ordinaria del 13 maggio 1920.

Eventi dispiacevoli in chirurgia.

D. Giordano. — L'O. comunica quattro osservazioni: delle quali due rappresentate da perforazioni in seguito ad ingestione di emulsione gommosa di bismuto, o di polveri effervescenti; una da emorragia da ulcera dopo gastroenterostomia; e la quarta da occlusione del piloro e del cardias da frammenti del bottone di Murphy rimasti più di due anni nello stomaco.

Ne deduce doversi scegliere fra i mezzi diagnostici i più opportuni nel caso concreto, senza volerne ogni volta applicare tutta la serie: essere infido strumento in chirurgia gastrica il bottone di Murphy: non potersi invece, sotto la impressione di un caso isolato di emorragia postoperatoria dall'ulcera erigere a precetto assoluto quello che la sua resezione debba sempre accompagnare la gastroenterostomia.

Sull'origine dell'onda dicrota.

A. Roncato. — L'O., dopo aver sottoposto a critica le odierne dottrine del rimbalzo e della riflessione come causa dell'onda dicrota del polso, dimostra che tra i fattori causali di questo fenomeno non si può a meno di tener conto delle attività fisiologiche della muscolatura vasale.

Questa interpretazione dell'onda dicrota rende facile la spiegazione di alcuni accidenti dello sfigmogramma, che altrimenti sarebbero inesplicabili.

A. Dian.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA.

L'uso degli estratti ghiandolari nelle diagnosi di insufficienza tiroidea frusta.

R. Porak (*Annales de médecine*, tomo VI, n. 6) ha studiato l'azione fisiologica dei diversi estratti di ghiandole endocrine, con lo scopo di applicarne i risultati nella diagnosi.

Estratto Tiroideo (iniezioni endomuscolari di cmc. 0.5-2): *a) sulla pressione e sul polso*. Nei sani si ha ipotensione che dura un'ora circa, e minore frequenza del polso: nei microedematosi, invece si osserva aumento di pressione arteriosa e di frequenza del polso; *b) sulla temperatura*: si ha un aumento maggiore nel mixedematoso che nel sano.

Con un trattamento prolungato, il mixedematoso risente notevole beneficio, che non si osserva invece quando non si tratta di insufficienza tiroidea.

Nessuna differenza invece si nota negli effetti tossici, che sono eguali nei mixedematosi, come nei sani.

Etratto ipofisario. — L'iniezione di 1-2 cmc. provoca l'acceleramento del polso nei mixedematosi, al contrario di quanto accade nei sani; la glicosuria ipofisaria manca quasi costantemente nei mixedematosi.

Estratto surrenale ed adrenalina. — Si ha un'azione ipertensiva minore nei mixedematosi che nei sani, come pure manca nei primi il notevole acceleramento del polso; manca anche la glicosuria adrenalinica.

Quando si tengano presenti questi fatti, si potrà, in differenti sindromi complesse, in cui vi sia il sospetto di insufficienza tiroidea, a forma frusta, ammettere od eliminare tale diagnosi. Questi segni, però, perdono il loro valore, quando siano affette diverse ghiandole a secrezione interna (sindrome pluriglandolare).

fil.

Sui rapporti tra l'infezione tubercolare e le diatesi costituzionali (diatesi essudative e spasmofilie).

Secondo A. Wolff-Eister (*Münch. med. Wochenschrift*, n. 4, 1920) gl'individui affetti da diatesi essudativa sono ipersensibili di fronte alla somministrazione di albumina eterogenea. I fenomeni essudativi sarebbero da ascriversi a questa ipersensibilità. Così le persone disposte all'orticaria e le persone sofferenti d'ipereccitabilità vasomotoria reagiscono più intensamente delle persone normali alla somministrazione di sieri, anche curativi.

Anche nella tubercolosi sono frequenti i fenomeni essudativi (congiuntiviti, tubercolidi, essudati tubercolari). Questi processi essudativi dei tubercolosi sarebbero dovuti all'ipersensibilità causata a sua volta dall'assorbimento continuato d'albumina bacillare eterogenea. I tubercolosi infatti sono ipersensibili anche di fronte ad altre albumine eterogenee (nucleina, peptone). Da tali premesse risulterebbe una grande analogia che quasi arriverebbe all'identità tra la diatesi essudativa ed i processi dell'infezione tubercolare.

Secondo l'autore esisterebbe pure un'analogia tra l'infezione tubercolare e la spasmofilia; egli avrebbe riscontrato in 52 bambini tubercolosi esaminati delle importanti alterazioni dell'eccitabilità elettrica. L'autore non accenna però se tali esagerazioni consistano costantemente in un'esagerazione dell'eccitabilità quale si riscontra nella spasmofilia.

POLLITZER.

Alcuni principî generali sul trattamento della pneumonite.

Ogni trattamento fisso e schematico della polmonite è di valore dubbio: vi sono però alcune regole generali da seguire che possono mettere il paziente nelle migliori condizioni per combattere l'infezione.

Anzitutto il riposo assoluto fisico e mentale. Il letto va accomodato in modo che riesca il più comodo possibile, con un buon materasso sodo, con le lenzuola e le coperte bene assestate, in modo da impedire che si formino pieghe. Un letto basso è il più indicato, sia per chi assiste l'ammalato, sia per il medico che lo visita. Una volta fatta la diagnosi, poi, è bene non disturbare il paziente con frequenti esami (evitando specialmente la posizione seduta), tanto più che in tale malattia il pericolo risiede non tanto nell estensione del processo locale, quanto nella tossiemia; quindi i dati che si possono avere da esami frequenti non sono mai tanto importanti da compensare il disturbo che si reca al paziente. Tenuto conto della importanza del riposo, non si dovrà turbarlo e si eviterà quindi di destare il malato nemmeno per l'alimentazione, nè per la somministrazione di medicamenti.

Si dovrà poi calmare la tosse che pure impedisce il riposo, e si ricorrerà all'oppio, nelle sue forme più leggere. Si useranno altresì i calmanti per sedare i dolori, la cefalea, che tendono a turbare il riposo e sono per ciò quanto mai dannosi.

Un secondo principio fondamentale è l'aria pura, meglio se all'aperto sopra una veranda

o sotto un portico, o altrimenti in camera ben ventilata.

Quanto alla nutrizione, tenuto conto della breve durata della malattia, E. O. Otis (*American medicine*, marzo 1919), ritiene che l'ammalato debba essere alimentato moderatamente e, ad ogni modo, meno che in altre malattie di più lunga durata (tifoide). L'alimento deve essere facilmente digerito ed assimilato: si deve evitare in modo assoluto la flatulenza ed il meteorismo e si starà attenti al suo primo comparire, con la frequente palpazione dell'addome.

Il latte va mescolato con alcali (acqua di calce, Vichy, Apollinaris) o con acqua d'orzo, di avena, di riso. L'albume d'uovo, crudo o leggermente cotto, o diluito con acqua, è facilmente digerito. Utili sono pure i preparati a base di gelatina, mentre i preparati di carne sono di dubbio valore e provocano putrefazioni intestinali.

Devono darsi grande quantità di acqua, pura od acidulata con succo di limone o altri acidi, oppure leggermente alcoolizzata. Se la febbre è alta si faranno altresì spugnature, lozioni, impacchi.

Si terrà altresì sgombro l'intestino con calomelano, purganti salini, fra cui il più gradevole è il citrato di magnesia, che può somministrarsi anche giornalmente.

Quando si siano tenute presenti queste quattro principali necessità, cioè il riposo assoluto, l'aria pura, l'alimentazione appropriata e la sorveglianza delle funzioni intestinali, si è fatto tutto il possibile per la cura della pneumonite. La somministrazione di medicamenti, tranne che per le indicazioni d'urgenza, è affatto indifferente, come lo provano le statistiche della mortalità per pneumonite, rimaste invariate da un secolo ad oggi, nonostante le più svariate cure. Ciò non esclude, beninteso, che negli stadî tardivi i sintomi di disturbi vasomotorî richiedano una cura appropriata, che ogni medico applicherà secondo le sue tendenze, come pure saprà combattere le eventuali complicazioni. Qualche speranza potrà forse aversi con l'uso dei vaccini specialmente autogeni, sui quali però non è ancor detta l'ultima parola.

fil.

Il citrato di sodio nel trattamento delle polmoniti e bronco polmoniti

Il citrato di sodio era già stato consigliato da Wright nel trattamento dei disturbi gastrointestinali del lattante e da Mathieu nelle dispepsie degli adulti.

W. H. Weaver (*New York Med. Journ.*, dicembre 1919) ha trattato con tale medicamento 47 casi di polmonite, ottenendone in 45 casi esito favorevole, cioè *guarigione dopo sole 48 ore dall'inizio della somministrazione;* nei 2 casi ad esito negativo si trattava di un alcoolista di 65 anni e di una donna di 91. Meno netti sono i risultati nelle polmoniti e broncopolmoniti da influenza.

L'A. somministra gr. 0.90-1.20 di citrato di sodio ogni ora (o gr. 2.40 ogni due ore), *continuando la somministrazione ininterrottamente giorno e notte*. Talvolta queste dosi agiscono da purgante, ma ciò non deve indurre a sospendere il rimedio od a diminuire le dosi: si potrà ovviare all'inconveniente con la somministrazione di qualche oppiaceo. Il trattamento va continuato fino al secondo-terzo giorno dopo la crisi.

Il citrato di sodio agirebbe facilitando il ristabilimento della circolazione polmonare (diminuirebbe fra l'altro la viscosità del sangue, che nella polmonite è aumentato) e contribuirebbe a mantenere l'alcalinità del sangue.

fil.

Nell' asma.

Ioduro di potassio gr. 5; Liq. anis. d'ammonio cmc. 5; Acq. dist. q. b. per 150 cmc. S. 1 cucchiaio 3 volte al giorno nel latte.

Per calmare lo spasmo durante l'accesso:

Solfato d'atropina cg. 5; Acido arsenioso centigr. 10; Cloridrato di chinina gr. 5; Estr. di genziana gr. 5; m. f. massa pillolare: div. in pill. n. 100. (C. G. Cumstom).

l. b.

IGIENE.

La vigilatrice scolastica nella educazione igienica.

L'opera del medico igienista nella scuola va integrata con altre istituzioni, le quali, trovandosi in contatto più intimo con gli scolari, seguendoli nelle famiglie, possono tradurre i consigli e le prescrizioni del medico in realtà fattiva. Serve a tale scopo, nei paesi anglo-sassoni, la *nurse*, la quale però ha, più che altro, missione ispettiva. E' sorta invece da noi, inspirandosi alla *nurse*, la vigilatrice scolastica, che ha un compito ben più vasto e delicato, compiendo opera di educazione, di sorveglianza, di assistenza.

Le abitudini igieniche sono così poco diffuse nel nostro popolo, i pregiudizi hanno ancora sì larga parte nell'educazione, l'assi-

stenza all'infanzia è ancora così trascurata da dover salutare con plauso e gratitudine la comparsa di questo corpo di vigilatrici.

Vennero esse timidamente sperimentate a Padova, a Bergamo, a Roma: soltanto a Milano però sono state costituite fin dal 1917 in un corpo omogeneo, con attribuzioni specializzate.

Le loro funzioni sono le seguenti:

1° assistere e coadiuvare il medico nelle visite e nelle ispezioni;

2° occuparsi degli alunni malamente assistiti nelle famiglie;

3° sorvegliare accuratamente gli scolari per gli eventuali parassiti, dando le prescrizioni del caso;

4° prestare i primi soccorsi in caso d'infortunio o malore, provvedere alle piccole medicature ed alla distribuzione dei cedicinali prescritti;

5° accompagnare al rispettivo ambulatorio gli alunni che abbiano bisogno e fare eseguire le istruzioni del medico;

6° visite a domicilio, come ispezioni di controllo, dando in pari tempo consigli alle famiglie e facendo propaganda igienico-sanitaria;

7° assistere ai bagni ed alle docce, accompagnare gli alunni nelle passeggiate, presenziare e vigilare durante la ricreazione e la refezione.

Nel suo primo apparire la vigilatrice era stata accolta con ostilità sospettosa; ora però tutti, sia i maestri, sia i medici, sia le famiglie, la considerano con benevolenza e ricorrono con fede a lei che rappresenta l'anello di congiunzione fra medico e maestro, fra scuola e famiglia.

E' però necessario, come osserva Elisa Belluschi (*Giorn. della R. Soc. italiana di igiene*, anno 1919), che ella abbia spiccate doti di mente e di cuore, la cultura necessaria, la perizia nell'assistenza all'infanzia e soprattutto che sia compresa dell'alta finalità della sua funzione nobile e modesta insieme.

Quando ella eserciti la sua missione con zelo e con slancio d'affetto, si vedrà circondata dalla fiducia del medico, delle famiglie, degli alunni e degli insegnanti. E' da augurarsi che la provvida istituzione non sia limitata alle grandi città, ma si estenda alle piccole borgate, ai villaggi sperduti nelle campagne e nelle montagne, dove l'opera della vigilatrice, oculata e benefica può riuscire veramente provvidenziale.

fil.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

L'azione del cloridrato d'emetina sulla circolazione polmonare.

Plumier-Clermont (*La Presse Médicale*, 25 agosto 1919), volendo spiegare il meccanismo d'azione dell'emetina nelle emottisi, ha ricercato le modificazioni prodotte da questo medicamento sulla circolazione polmonare.

In una prima serie di esperienze su cani anestetizzati e nei quali prendeva simultaneamente la pressione nella carotide, nell'arteria polmonare e nell'orecchietta sinistra, vide che iniezioni endovenose di dosi tossiche (più di gr. 0,005 per kg.) producevano caduta della pressione generale e polmonare e forte rallentamento del polso, seguito spesso da morte. Iniezioni non tossiche, invece (gr. 0.04 in cani da 10-20 kg.) acceleravano il polso e la pressione si abbassava nella carotide, mentre si elevava nell'arteria e nella vena polmonare. Inoltre nell'orecchietta sinistra soleva persistere un lieve aumento di pressione anche quando era scomparsa l'elevazione polmonare. Per tutto ciò pensò che le pareti dei vasi della piccola circolazione non reagiscono all'emetina come quelli della grande.

In una seconda serie d'esperienze però constatò che l'emetina dilata i vasi polmonari agendo direttamente sulle loro pareti, ma li dilata in minor grado di quelli della grande circolazione.

In esperienze sul cuore isolato di cane trovò che l'emetina ha un'azione cardiaca depressiva. Vide inoltre che iniezioni sottocutanee d'emetina non modificano nè la pressione generale nè quella polmonare se la dose è al di sotto di 1 centgr. per kg.

Sicchè, concludendo, l'A. crede si debba cercare al di fuori di un'azione sulla circolazione polmonare la spiegazione dell'influenza dell'emetina sulle emottisi.

CESETTI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1167) *La reazione dell'oro colloidale (di Lange) nel liquido cerebro-spinale.* — Al dottor D. B. da R.:

Per allestire la reazione di Lange è necessario preparare una soluzione colloidale di oro: a 100 cmc. di acqua, distillata due volte, si aggiungono 1 cmc. di una soluzione all'1 % di cloruro d'oro Merck e 1 cmc. di una soluzione di carbonato potassico al 2 %; si fa bollire e si aggiunge 1 cmc. di formolo all'1 %.

Questa sospensione va conservata in vetri di Jena sottoposti prima a bollitura in acido solforico. Essa si presenta come un liquido limpido di colore rosso-porpora.

Il liquido cerebro-spinale in esame deve essere assolutamente privo di tracce di sangue. Lo si diluisce 1 : 10 con una soluzione di cloruro sodico al 0.4 % e se ne versa 1 cmc. in una provettina.

In una seconda provettina si mette 1 cmc. di liquor diluito al decimo e 1 cmc. di soluzione di cloruro sodico al 0.4 %, si mescola e se ne preleva 1 cmc., che si passa in una terza provetta contenente 1 cmc. di soluzione clorosodica, e così successivamente in modo da avere progressive diluzioni del liquor da 1 : 10 ad 1 : 20, 1 : 40, 1 : 80, 1 : 160, ecc., sino ad 1 : 40,000, ciascuna distribuita nella quantità di 1 cmc. per provetta. Ad ogni diluzione del liquor si aggiungono 5 cmc. dell'orosol e si agita. Le provette sono lasciate a temperatura ambiente durante la notte e vengono osservate il giorno susseguente.

Se il liquor è normale non si nota nessun cambiamento. Ma se esistono localizzazioni luetiche o metaluetiche cerebrali o midollari si osservano fenomeni, più o meno intensi, di precipitazione e mutamenti del colore rosso verso il turchino ed il violetto.

Il massimo della precipitazione e del cambiamento di colore non è però in rapporto con la maggiore concentrazione di liquor; esiste un *optimum* di concentrazione dove il fenomeno è più chiaramente avvertibile, il quale per i liquor luetici e metaluetici si trova in corrispondenza delle diluzioni 1 : 40, 1 : 80, 1 : 160.

Se si mettono sulle ascisse le diverse diluzioni di liquor e sulle coordinate la scala dei colori (dall'alto in basso rosso, rosso-turchino, turchino-rosso, violetto, turchino cupo, turchino chiaro, bianco-turchino, scolorato) si ottengono delle curve caratteristiche per la *lues* cerebrale, la tabe, la paralisi.

Anche liquor non luetici, ad esempio nelle meningiti purulenti, possono dare la reazione, ma in tali casi l'*optimum* si sposta verso concentrazioni meno forti, mentre per i liquidi luetici, come si è detto, essa si riscontra con maggiore intensità nelle diluzioni 1 : 40, 1 : 80.

L'intensità della reazione, di solito, è parallela al grado raggiunto dalla reazione di Nonne, fase I.

La reazione di Lange da taluni è ritenuta come importante elemento diagnostico per la sifilide del sistema nervoso centrale, anche in assenza di altre reazioni di laboratorio e di sintomi clinici, e le diverse curve sono considerate patognomonche di infezioni luetiche e metaluetiche e anche di localizzazioni di altra natura.

Dal 1912, quando Lange descrisse tale reazione (*Zeitschr. f. Chemotherapie*, v. I, p. 44), ad oggi vi sono state molte discussioni sul suo valore pratico come mezzo diagnostico, sulle difficoltà tecniche inerenti al metodo, sulla sua specificità, sulla importanza delle diverse curve per la diagnosi differenziale di forme luetiche, metaluetiche e non sifilitiche, sulla causa delle reazioni irregolari e paradosse che talora si avvertono.

Si tratta sempre ad ogni modo di una reazione assai delicata, che richiede un tecnicismo perfetto e che può venire eseguita solo in laboratorî dove la parte chimica sia scrupolosamente osservata. È infatti assolutamente necessario che i vetri adoperati, sia per la preparazione dell'orosol, sia per l'allestimento della reazione, siano chimicamente irreprensibili e che l'acqua distillata per la soluzione del cloruro d'oro non presenti traccia di impurità. In tali condizioni le curve hanno il loro valore.

Fidarsi poi della sola reazione di Lange per porre diagnosi di localizzazione luetica cerebrale, o di paralisi generale, o di tabe, non sembra possibile, per quanto una reazione positiva sia altamente probativa quando concordino altri elementi diagnostici.

Della questione si sono occupati di recente Warwick e Nixon (*Arch. of. Int. Med.*, 1920, 16 febbr.), i quali sono giunti alla conclusione che nella paralisi generale la reazione di Lange si osserva con maggiore frequenza della reazione di Nonne e di quella di Wassermann, e si presenta con una caratteristica curva (curva paretica) nella quale l'*optimum* di precipitazione e di mutamento di colore si trova nelle più forti concentrazioni di liquor. La curva paretica è stata però ottenuta anche in altre condizioni non luetiche: meningite tubercolare, tumori cerebrali, sclerosi multiple, ossia sempre quando sia interessato il tessuto cerebrale e midollare. Anzi, una curva paretica con

Wassermann negativa può essere indice di sclerosi multipla quando concordino i sintomi clinici. Nelle infezioni non luetiche però l'*optimum* si riscontra in concentrazioni di liquor più basse.

Nella tabe dorsale si hanno risultati similari, ma meno spiccati.

Nella sifilide cerebro-spinale la reazione di Lange era positiva nel 77,79 % dei casi esaminati, mentre la Wassermann era positiva solo nel 48 % e la Nonne nel 40.70 %.

La curva è diversa dalla paretica in quanto l'*optimum* si sposta verso diluzioni di liquor meno concentrate.

Non ci è stato possibile di trovare nessuna indicazione sulla importanza della reazione di Lange nella poliomielite acuta.

G. SAMPIETRO.

CENNI BIBLIOGRAFICI

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

G. GAGLIO: *Trattato di Farmacologia e Terapia.* — Società Ed. Libraria, Milano, 1920.

Questo «Trattato» che, altamente onora la letteratura scientifica italiana, appare ora nella sua *terza edizione*, riveduta ed arricchita di tutte le nuove conquiste degli ultimi anni, pure conservando il suo carattere primitivo.

Una terza edizione, a breve distanza dalla seconda, mostra la vitalità ed il successo di un libro che si legge tutto volentieri e dove il medico non solo vi trova i principî scientifici che devono guidarlo nella difficile arte del curare, fine ultimo cui tende la medicina, ma vi trova anche quei avvertimenti di cui egli non deve mai dimenticarsi e che gli saranno di guida nella pratica ad usare con discernimento e con prudenza i mezzi potenti, ma talvolta pericolosi, che sono affidati alle sue mani.

I molteplici pregi del «Trattato», nella sua nuova veste, varranno a conservargli la fama che meritatamente si era conquistato nelle precedenti edizioni e faranno sì che esso trovi sempre più larga ed entusiastica accoglienza.

A. BONANNI.

Ergebnisse der gesamten Medizin, herausgegeben von TH. BRUGSCH. Vol. I. Un vol. in-4 di 657 pag. con fig. e tavole colorate. — Urban e Schwarzenberg, editori, Vienna. — Prezzo Marchi 180.

Questa interessante pubblicazione è una *mise au point* dei principali argomenti che più da vicino toccano il medico.

Essa offre uno sguardo complessivo sulle più significative acquisizioni nelle diverse branche della medicina. Una serie di specialisti, fra cui notiamo i nomi di Kolle, di Naegeli, di Boas, ha trattato le singole materie, offrendo al lettore il modo di conoscere in proposito i moderni concetti scientifici e le più importanti applicazioni pratiche. La parte più estesa è dedicata alla medicina interna, ma non vi sono trascurati anche gli altri rami della medicina e le diverse specialità.

Nel presente volume sono trattati 25 argomenti, fra cui: leucemia, gastrite e malattie intestinali, anafilassi, eczema, difterite, alimentazione infantile, sieroterapia, otosclerosi, tifo esantematico, ittero emolitico, terapia della sifilide, ricerche sui protozoi, ed alcuni di minore importanza, che forse sarebbe stato più conveniente tralasciare.

fil.

A. RENDLE SHORT: *The New Physiology in surgical and general Practice.* 1 vol. in-8. — John Wrigth & Sons Lt., editori, Bristol, 1920. 4ª ediz. Rilegato alla bodoniana sh. 7, d. 7; in tela sh. 9, d. 6 netti.

In elegantissima veste tipografica, la casa editrice Wrigth di Bristol ci presenta la 4ª edizione della «New Physiology in surgical and general practice» di Rendle Skort.

Scopo del volumetto è di portare a conoscenza di coloro, i quali si siano dedicati intieramente all'esercizio della medicina e più specialmente della chirurgia, le ultime conquiste fatte nel campo della fisiologia che possono avere utile e diretta applicazione pratica al letto del malato. L'A. espone quindi con linguaggio piano, non teorie ipotetiche o fatti dubbi, ma i risultati, poggiati su basi solide e da tutti riconosciuti, delle ultime ricerche sulla fisiologia del cuore, del sangue, del sistema nervoso, delle ghiandole endocrine, dell'apparato digerente ecc.

Alcuni capitoli come quello sullo shock chirurgico, sulla funzione del midollo e della corteccia, sono stati intieramente rifatti in base all'esperienza derivata dalla guerra. A noi pare che il libro risponda allo scopo e sia un'utile aggiunta agli altri lavori dello stesso genere e che riguardano più specialmente la medicina interna.

a. m.

L. COHN: *«Urologisches Praktikum» per medici e studenti.* — Urban e Schwarzenberg, editori, Vienna, 1919. — Mk. 16.

Questo «Manuale Pratico di Urologia» non è scritto per specialisti della materia, ma per tutti i medici pratici e per gli studenti, i quali

devono trovare in esso una introduzione alla diagnostica ed alla terapia delle malattie urinarie.

Corrispondentemente all'indirizzo pratico, nella 1ª parte viene fatta una chiara e sistematica esposizione dei metodi di esame e di ricerca e nella 2ª parte una breve e il più possibile completa trattazione della sintomatologia generale propria della specialità. Nella 3ª parte poi, che comprende la trattazione delle singole malattie, è ugualmente tenuto in 1ª linea lo scopo pratico. Così non vi si trova, a dir vero, nessuna dettagliata descrizione delle singole operazioni, come prostatectomia, nefrectomia, ecc., bensì sono date tutte le indicazioni per procedere ad esse.

Al contrario, l'A. descrive per esteso tutte quelle misure terapeutiche che ogni medico può possedere pienamente ed applicare per la salute dei suoi ammalati. Poichè è insito nella natura di questa specialità che, tanto nell'esame dell'ammalato, quanto nella terapia, devono essere intraprese manipolazioni strumentali, come introduzione di cateteri, cistoscopî, ecc., così l'A. prende in speciale considerazione questi metodi tecnici e li rende più evidenti con frequenti figure, allo scopo di facilitare anche al principiante l'apprendere la tecnica e l'uso corretto degli strumenti.

Il libro è di piccola mole, l'esposizione e la forma facile e chiara, i disegni e le tavole assai dimostrativi, la ricettazione semplice e limitata ai rimedi più sicuri. È un manuale pratico ben fatto ed utile ad ogni medico.

SALVADORI.

GUTIERREZ ALFREDO: *Importanza igienica delle istituzioni parascolastiche*. Un vol. in-8 di oltre 300 pag. con fotografie. — Edito dal Comune di Milano (Tipografia Stucchi, Ceretti e C.).

Il volume illustra le provvide istituzioni scolastiche e parascolastiche, funzionanti nel comune di Milano, a tutela del benessere dell'infanzia e della giovinezza. Vi sono descritti il funzionamento ed i risultati ottenuti, con la organizzazione del Policlinico scolastico, della refezione, della scuola all'aperto, delle scuole speciali per anormali della psiche, della vista, dell'udito, ecc.

Tutto il lavoro è pervaso da un entusiasmo animatore, che vede nell'igiene, applicata alla pedagogia, il modo di plasmare e ricreare l'uomo giovinetto, il cittadino futuro.

fil.

VARIA

Un aneddoto su Napoleone.

Il barone Larrey narra nelle sue memorie il seguente aneddoto su Napoleone I. Un giorno questi veniva, a braccetto dell'imperatrice Giuseppina, dal palazzo imperiale, quando un postino andò a porgergli una lettera (allora c'era quest'uso democratico). Notando che il francobollo era inglese, Napoleone si mostrò molto sdegnato. La consorte aprì la lettera ed esclamò:

— Ma guarda! È di Jenner. Chiede che tu metta in libertà il suo amato colonnello!

— A Jenner non posso rifiutare nulla, soggiunse Napoleone. Egli è stato il più efficace coadiutore delle mie campagne in Europa!

Il vaccino jenneriano era stato ottenuto in grandi quantità dal barone Larrey; tutti i soldati francesi erano stati innestati e per tal guisa protetti dal vaiolo, che faceva strage fra gli altri eserciti nemici.

(Dal *Boston med. a. surg. Journ.*, 18 marzo 1920).

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

SBROCCHI ARISTODEMO: *I moderni errori sul tifo esantematico*. — Firenze, 1920.

MILITANO LORENZO: *Diagnosi batterioscopica della difterite*. — Gioia, 1918.

GIACCHI G.: *Azione del radium sull'organismo umano e principali indicazioni radioactinoterapiche secondo gli studi e le ricerche più recenti*. — Roma, 1919.

MONCALVI LODOVICO: *L'assistenza ai pellagrosi secondo la nostra legge. Un quinquennio di locanda sanitaria*. — Milano, 1919.

FRANCIONI C.: *L'influenza della sistematica nosografica*. — Napoli, 1919.

GIOVANNINI EUGENIO: *Un'industria di terraglie nel Pisano e dei suoi rapporti col saturnismo*. — Pisa, 1920.

GIOVANNINI EUGENIO: *L'anchilostomiasi dei fornaciai nel Pisano*. — Pisa, 1919.

TROGU GAETANO: *La scelta dell'anestesia, con statistica personale*. — Cremona, 1919.

CHIMISSO LUIGI: *Tiroidite acuta tifosa, non suppurativa*. — Napoli, 1920.

RACCHIUSA SANTI: *Un caso di spirochetosi itteroemorragica nell'uomo*. — Napoli, 1920.

RONCHETTI VITTORIO: *Ascaridiasi epatica*. — Milano, 1920.

PETRUCCI ANGELO: *Un interessante episodio epidemico di polmoniti influenzali*. — Sovere, 1920.

MARTELLI CARLO: *Polietiologia e curabilità dell'anemia perniciosa*. — Napoli, 1919.

CRISTALLI GIUSEPPE: *Il movimento demografico a Napoli durante la guerra* (1915-918). Considerazioni e note. — Napoli, 1920.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Un pericolo.

Spesso e volentieri, con velenosi e poco cavallereschi attacchi la stampa che ha il monopolio del socialismo, se la prenda con tutti coloro che non hanno calli alle mani od ai piedi, e bolli con nome di parassita chi non lavora con muscoli.

Gli argomenti di accusa sono presso a poco questi: si afferma che il professionista è un privilegiato cui la società ha risparmiato le fatiche del lavoro vero: si ripete il ritornello che si ha bisogno di ciabattini e non di avvocati, fino a che si giunge ad affermare che l'uomo di genio non merita maggior compenso di un facchino di buone spalle perchè tutte e due hanno avuto da natura un superdono che debbono usare a vantaggio della comunità.

Non si capisce come si può in buona fede affermare che chi studia non lavora: l'accusa fa troppo ben comprendere che parte di quei bocciati che ingrassano nella stampa socialista non hanno nemmeno provate le angustie infinite del liceo (basterebbe questo per meritarci la pensione!), e bisogna aver voglia di scherzare quando si vuol sostenere con argomenti grossi che siamo dei fortunati, che ci siamo risparmiate le fatiche muscolari, che irrobustiscono, mentre purtroppo quelle del cervello debilitano e corrodono!

Ma si fanno apprezzamenti assurdi dal punto di vista economico-sociale quando si dice che la società ha bisogno di ortolani e può fare a meno di uomini di studio, perchè nessuno si voterebbe alle infinite angustie degli esami se alla fine lo attendesse il medesimo compenso di chi senza troppi pensieri ha cominciato a guadagnare a quindici anni, mentre si commette oggi una appropriazione indebita di lavoro accumulato e della attività altrui colla perequazione dei compensi della prestazione manuale con quelle intellettuali che, se può anche essere logica in un regime comunista perfetto, non lo è oggi perchè contravviene a tacite convenzioni da lungo stabilite, per le quali chi si era sottoposto a fatiche di studio si attendeva una speciale posizione sociale ed un compenso maggiore di quello che oggi abbia un fiaccheraio qualunque. Purtroppo molte famiglie di quella piccola e nobile nostra borghesia che per lunghi anni si sono rassegnate a vere privazioni per mantenere un figlio che potesse con lo studio dare un giorno decoro e sostentamento sono quelle più spietatamente colpite da questo iniquo livellamento per cui un bidello od un usciere guadagnano quanto e più di un professore o di un magistrato.

Senza dire che questo deprezzamento della cellula nervosa al confronto della muscolare e della connettiva, e del tutto antibiologico e trova nelle leggi generali della vita e della evoluzione la condanna e la ragione intima della sua morte.

Dichiarino piuttosto i nemici dei professionisti che gli attacchi sono fatti per coonestare gli iperbolici salari, vere taglie da signorotti medioevali, che gli operai ci hanno imposto, dichiarino, e se non altro avranno il merito della sincerità, che il loro astio dipende dal fatto che la grande maggioranza dei professionisti si mantiene lontana dagli svisamenti di una dottrina altamente umanitaria, qual'è il socialismo. A meno che non si voglia trovare una ragione più semplice di tutte per spiegare la pazzìa generale ed il caos che come una nebbia pesante investe le coscienze pensando che l'umanità dopo un fulgido periodo della Rivoluzione francese ad oggi, non rientri per la legge fatale dei cicli storici in una nuova epoca di barbarie in cui abbia sopravvento la forza brutale.

Se non che dopo averci dichiarato tutto il loro disprezzo, i nostri rivoluzionarî, benchè non ne vogliano far mostra, cominciano a comprendere (e lo ha loro insegnato la Russia) che senza la guida degli uomini di concetto, nemmeno le loro organizzazioni, per quanto forti, possano continuare ad esistere oggi e che in una dimane socialista non si anderebbe avanti 48 ore se a fianco ed al disopra del lavoratore del braccio non vi fosse una guida di capacità tecnica superiore.

E gli adescamenti sono ora rivolti in modo da non lasciar dubbio verso la nostra classe; si è incominciato ad intaccare la nostra costituzione in ordini ed in associazioni, sostenendo che sarebbero molto più efficace la sostituzione con Sindacati aderenti però alle Camere del Lavoro. Ed è proprio in questo momento che si scopre il giuoco! Il tentativo è stato fatto prima a Milano, si ripete oggi a Bologna e certamente si rinnoverà altrove coll'intento immediato, come è avvenuto per i maestri, di scinderci in due campi: gli aderenti al vecchio ordinamento e gli aderenti ai Sindacati legati alle vicende delle Camere di lavoro.

A questo punto è bene ricordare ai colleghi che il concetto informatore della istituzione degli ordini fu sopratutto disciplinare e non è stato estraneo anche l'intento di tutelare con una forma semi-giuridica la dignità della famiglia professionale e sta appunto nella loro funzione sopratutto disciplinare, quindi in certo senso negativa, la ragione per la quale gli ordini gran cosa non hanno potuto fare.

Accusarli di non aver fatto nulla, come pretendono i sostenitori dei sindacati, è falso perchè gli ordini hanno dettato tariffe, sotto la loro egida sono sorti in parecchi centri, associazioni di liberi esercenti e di specialisti, ed in qualche provincia, superando i confini angusti stabiliti dalla legge, si è proceduto a severe requisitorie contro Amministrazioni colpevoli di favoritismi. Se poi fra l'apatia generale la volontà di uno solo merita elogio, questo va rivolta al Presidente nostro Luigi Silvagni, il quale, con una attività senza esempio, si prodiga ai vari ordini d'Italia e la Federazione deve al suo personale interessamento se si è venuti alla smobilitazione degli aspiranti e degli studenti, se nella Commissione per le assicurazioni vi è chi difende in modo strenuo la classe dagli attacchi, spesso combinati, della burocrazia e della Confederazione del Lavoro.

Ma se gli ordini hanno fatto finora poco nel senso Sindacale di difesa o di offesa, la colpa ricade su noi, perchè nessuno ci vieterebbe, al giorno d'oggi, di uscire dai confini angusti disciplinari, la colpa è solo nostra e non della costituzione in ordini perchè la stragrande maggioranza dei medici è indolente ed ha poca coscienza di classe; se si è fatto finora poco è perchè si disertano le assemblee come dimani si diserterebbero i Sindacati.

Non è certo con i cambiamenti di etichetta che si operano i miracoli. Ma oggi che ci incombe la minaccia di una scissura, dobbiamo rinchiudere solidali le nostre file, dobbiamo far sorgere in ogni sede di Ordine a fianco della sezione locale dei medici condotti (sempre la più attiva), altre sezioni di Liberi esercenti, di Specialisti, di Medici ospitalieri con frequenti contatti per accordarsi sui delicati e complessi interessi di classe, cercando di preporre ad ogni Sezione quei colleghi che, per la loro posizione professionale o per il loro prestigio, sono anche i più influenti nell'ambiente extramedico. Ed allora l'azione sindacale sorgerebbe spontanea e si potrebbero mettere all'indice (sistema americano) i clienti che trattano male, si potrebbe agire contro i Comuni che commettono angherie ed anche contro il Governo se occorre, perchè non è dubbio che solo uniti possiamo disporre di una forza sufficiente per tutelare i nostri giusti interessi, rimanendo perfettamente indipendenti dai partiti.

È troppo ovvio che i medici non possono nè debbono, come classe, accodarsi ad alcun partito. Ed i Sindacati, così come vengono oggi proposti, con la conseguente iscrizione alla Camera del Lavoro, menomerebbero di troppo la nostra indipendenza.

Bologna, 1° agosto 1920.

u. r.

Occorre modificare la legge per la Cassa di previdenza dei sanitarii.

Le mutate condizioni economiche della Società moderna obbligano a rivedere e modificare urgentemente tutte le tabelle prestabilite per le varie istituzioni di previdenza.

Il preventivo si mostra ora assolutamente fallace.

Quando sul mercato si è verificato addirittura fantastico aumento di tutti i generi alimentari di prima necessità; quando si è verificato che gli oggetti di vestario e di uso domestico han pressochè quintuplicato il loro valore di scambio; quando si è verificato il noto eccessivo deprezzamento della moneta, non si può nè si deve esitare a rialzare congruamente e contemporaneamente tutta la piattaforma su cui poggiano gli Istituti di previdenza per renderli, il più che sia possibile, rispondenti ai propri fini in relazione alle attuali condizioni della economia nazionale.

Fra gli Istituti di previdenza che a preferenza di altri merita sollecito ed attento esame di revisione è quello della Cassa di previdenza dei medici condotti.

Non è, infatti, possibile mantenere nei tempi che corrono inalterata la legge del 14 luglio 1898, che tutti riconoscono non essere più rispondente al suo scopo. Parlare ora di pensioni di 800, 900 o 1000 lire all'anno è semplicemente irrisorio quando con tali somme non si può provvedere nemmeno al più semplice ed elementare bisogno della vita.

Il premio di assicurazione, costituito dalla pensione di riposo, deve essere tale da garentire una esistenza tranquilla e scevra di preoccupazioni pel sanitario che dopo aver menata per lunga serie di anni una faticosa e disagiata esistenza, cerca nella quiete della propria famiglia pace, conforto e tranquillità di spirito.

Il professionista, che nelle condizioni attuali passa allo stato di quiescenza, precipita addirittura in un baratro senza fondo, perchè non solo non può mantenersi nelle condizioni di decoro e di semi-agiatezza in cui gli permetteva di vivere lo stipendio che percepiva, ma è costretto privarsi di tutto, perfino del necessario.

Egli condurrà una vita infelice e stentata, tanto più sensibile ed intollerabile per quanto prospera e spensierata era stata quella per lo innanzi condotta.

Lo Stato ha recentemente provveduto alla sorte dei suoi pensionati elevando sensibilmente il premio di quiescenza ed introducendo altre importanti innovazioni alla legge sulle pensioni per modo da rendere meno stri-

dente e sensibile il burrascoso passaggio. È pertanto equo e doveroso estendere i vantaggi recentemente accordati anche alla classe dei medici condotti, non meno benemerita e degna di considerazione.

Che se per modificare le promesse fatte con la legge del 1898 occorra aumentare alquanto il contributo prestabilito, lo si faccia pure, ma si modifichi tutto il congegno dell'Istituto di previdenza in modo che essa assicuri al singolo associato uno stato economico confacente alla propria condizione sociale, alle preoccupanti esigenze del momento ed alle necessità di famiglia che sono, nella tarda età, nè lievi, nè poche.

Per ragioni di giustizia si dovrebbe poi stabilire, come già si è fatto per gli impiegati governativi, che gli anni di studio sieno computati nel periodo utile per conseguire la pensione anche, se si ravviserà indispensabile, mediante un tenue premio di riscatto.

Ora che sono state migliorate le condizioni economiche per i sanitarii in attività di servizio, occorre migliorare convenientemente anche quelle dello stato di quiescenza per non creare una sensibile diversità di posizione, che accora ed accascia.

E poichè non v'ha maggior dolore che ricordarsi del tempo felice nella miseria, il medico condotto che trovasi in pensione, rimpiange il tempo trascorso in servizio e, nel paragone, l'animo suo si strazia e consuma pensando che alla sua tarda età, in cui avrebbe dovuto godere riposo assoluto, come ambito premio alle lunghe fatiche precorse, egli è costretto ad avere preoccupazioni economiche gravi, che mettono a duro cimento la sua esistenza, tanto più maggiormente in quanto vedesi, come d'ordinario suole avvenire, dileguarsi la possibilità di esercitare proficuamente la professione libera.

Il medico condotto deve essere posto in grado di guardare con fede l'avvenire e di sperare nel domani quella pace e quella tranquillità che qual faro luminoso irradii il suo triste e faticoso cammino.

Doctor JUSTITIA.

Cronaca del movimento professionale.

Le tariffe dei medici di Roma.

Stimiamo interessante di riportare la tariffa stabilita per le prestazioni mediche dall'Ordine dei Medici di Roma e Provincia.

Parte generale.

1. Visita medica o chirurgica ordinaria, sia a domicilio del medico, sia a domicilio del malato, L. 10 — 2. Idem d'urgenza, 20 — 3. Visita prolungata, oltre l'onorario della visita, per ogni ora, ma non al di là di tre ore, 20 — 4. Visita ora fissa, 20 — 5. Visita notturna (dalle ore 21 alle 24), 20; Visita notturna (dalle ore 24 alle 7), 40 — 6. Visite contemporanee a più persone della stessa famiglia, per ognuna in più, 5 — 7. Visità ordinaria fuori della cinta daziaria, fino al perimetro di 10 km. e impiegando un'ora di tempo (spese a carico del cliente), 40 — 8. Idem, ogni ora successiva e non oltre tre ore (di giorno), 20; Di notte, per ciascuna ora, 40 — 9. Visita fuori residenza, a seconda del tempo impiegato e non oltre le 24 ore (oltre le spese), da 200 a 500; Per ogni giornata in più, da 200 a 300 — 10. Accompagno d'infermi in città, a seconda della responsabilità e del pericolo, da 25 a 100 — 11. Accompagno fuori residenza, a seconda del tempo impiegato, e non oltre le 24 ore, da 200 a 500 — 12. Assistenza diurna, 100 — 13. Assistenza notturna, 200 — 14. Consulto a domicilio dell'infermo ed in città: *a*) al consulente, 50; *b*) al curante, 25 — 15. Consulto fuori cinta daziaria e nei limiti di cui ai nn. 7 e 8: *a*) al consulente, 100; *b*) al curante, 50 — 16. Consulto fuori residenza, *libera contrattazione* — 17. Certificato semplice, oltre la visita, da 10 a 50 — 18. Certificato per trasporto di salma, 25 — 19. Certificato a richiesta di Società di assicurazioni, 25 — 20. Certificato di morte per riscuotere premi di assicurazione, 25 — 21. Certificato di infortunio (a richiesta), da 50 a 100 — 22. Certificato per uso giudiziario in rapporto con indagini peritali e implicanti chiamate in udienza o dal giudice istruttore, 100 — 23. Relazioni mediche e visite arbitrali, *da tassarsi dall'Ordine* — 24. Visita collegiale con relazione scritta, da 30 a 50.

AUTOPSIE.

25. Autopsia per conto della famiglia, L. 250 — 26. Iniezioni conservative per trasporto di salma, da 200 a 300 — 27. Imbalsamazioni, *da tassarsi dall'Ordine*.

ESAMI.

28. Esame dell'orina qualitativo parziale L. 10 — 29. Esame dell'orina completo qualitativo, quantitativo e microscopico, 25 — 30. Esame degli sputi, 10 — 31. Esame delle feci, 50 — 32. Esame del sangue, da 25 a 50 — 33. Esame del succo gastrico (senza l'estrazione), 25 — 34. Esame chimico, batteriologico, citologico, degli essudati, transudati ed altro, 50 — 35. Ricerca dello spirochete nelle lesioni superficiali, 20. — 36. Prova di Wassermann dal sangue, 40 — 36-*bis*. Ricerche varie sul liquido cefalo-rachidiano, esclusa la puntura, 60 — 37. Sierodiagnosi, 20 — 38. Esame del latte, 20 — 39. Scelta di nutrice, escluse prove di laboratorio, 25 — 40. Vaccinazione unica, con visita di controllo e certificato, 20 — 40-*bis*. Contemporanea vaccinazione a più persone della stessa famiglia, per ognuna (oltre la 1ª), 5 — 41. Puntura lombare semplice, 50 — 42. Salasso, 30 — 43. Ipodermoclisi, 25 — 44. Iniezioni endovenose, 50 — 45. Lavaggi dello stomaco con la sonda, 25 — 46. Lavaggi dello stomaco successivi, 15 — 46-*bis*. Lavaggi dello stomaco in caso di avvelenamento, 100 — 47. Cateterismo vescicale evacuativo d'urgenza, da 25 a 50 — 48. Cateterismo vescicale ripetuto, da 15 a 25 — 49. Cateterismo vescicale esplorativo, 25 — 50. Cateterismo vescicale in iscuria per ipertrofia prostatica o da restringimenti uretrali, da 50 a 100.

Parte chirurgica.

51. Aiuto per l'operazione, da computarsi a parte: dal 10 al 15 per cento sul prezzo dell'operazione (minimo L. 50); Assistente: 5 % sul prezzo dell'operazione (minimo L. 30) — 52. Medicature, da L. 10 a 25 — 53. Anestesia gen., da 50 a 100 — 54. Anestesia spinale, 50 — 55. Sutura di ferita cutanea, da 50 a 100 — 56. Sutura di ferita profonda con lesione di tendini, muscoli, da 300 a 500 — 57. Incisione di ascesso superficiale e foruncolo, 50 — 58. Incisione di ascesso profondo o flem-

mone, secondo la sede, da 200 a 400 — 59. Aspirazione e iniezioni modificatrici per ascessi freddi, da 50 a 100 — 60. Cura radicale ascesso freddo, da 300 a 500 — 61. Favo, da 100 a 300 — 62. Operazione per patereccio, da 50 a 100 — 63. Operazione per unghia incarnata, da 50 a 100 — 64. Operazione per lesioni cutanee varie (per es., ulcerazioni, raschiamenti, cisti sebacee), da 50 a 100 — 65. Innesti cutanei, da 100 a 500 — 66. Asportazione tumori superficiali, da 50 a 200 — 67. Asportazione tumori profondi delle parti molli, da 250 a 1000 — 68. Asportazione tumori profondi del collo, da 1000 a 3000.

OPERAZIONI DEL SISTEMA VASCOLARE.

69. Asportazione di glandole linfatiche, secondo la regione, l'estensione e la malattia, da L. 250 a 1000 — 70. Igni- ed elettro-puntura di angiomi (per ogni seduta), 50 — 71. Allacciatura vasi sanguigni a seconda dell'arteria e della malattia, da 100 a 1000 — 72. Estirpazione aneurisma, da 1000 a 3000 — 73. Aneurismorrafia, 3000 — 74. Suture vascolari e trapianti, da 1000 a 3000 — 75. Operazioni per varici, da 300 a 1000.

OPERAZIONI TENDINI, MUSCOLI, NERVI.

76. Ganglio tendineo (cura incruenta, schiacciamento, iniezioni modificatrici), L. 25 — 77. Asportazione ganglio, da 100 a 200 — 78. Tenotomia, aponeurotomia, miotomia, da 200 a 500 — 79. Sutura secondaria tendini, tenoplastiche, trapianti tendinei, da 500 a 1000 — 80. Sutura primaria nervi, da 300 a 1000 — 81. Sutura secondaria, neurolisi, trapianti ed altre operazioni plastiche, da 500 a 2500 — 82. Neurotomia e nevrectomia, secondo il nervo e la regione, da 300 a 1500 — 83. Operazione ganglio di Gasser e radice V paio, 3000.

OSSA E ARTICOLAZIONI.

84. Riduzione incruenta e apparecchio contentivo per frattura, da L. 150 a 500 — 85. Riduzione cruenta primaria, da 500 a 1000 — 86. Riduzione cruenta secondaria, da 500 a 2000 — 87. Fasciature e applicazione apparecchi successivi, da 30 a 50 — 88. Osteoclasia manuale e strumentale, 500 — 89. Osteotomia semplice e cuneiforme, da 500 a 1000 — 90. Resezione ossea semplice e osteoplastia, da 500 a 1000 — 91. Trapianti ossei, da 1000 a 2000 — 92. Trapanazione cranica per trauma, da 1000 a 2000 — 93. Trapanazione cranica per malattia endocranica, da 1000 a 3000 — 94. Sequestrotomia, da 250 a 1000 — 95. Amputazioni delle dita, da 100 a 250 — 95-*bis*. Amputazioni arti, da 500 a 2000 — 96. Laminectomia per trauma, da 1000 a 1500 — 97. Laminectomia per lesioni endospinali, da 1000 a 3000 — 98. Operazione per spina bifida, da 1000 a 2000 — 99. Riduzione incruenta per lussazione recente e fasciature o apparecchi, da 200 a 800 — 100. Riduzione per lussazione inveterata, da 450 a 800 — 101. Riduzione cruenta per lussazione cruenta o inveterata, da 500 a 1500 — 102. Riduzione incruenta lussazione congenita anca unilaterale (se bilaterale, aumento in proporzione), 1000 — 103. Riduzione cruenta (se bilaterale, aumento in proporzione), da 1000 a 2000 — 104. Svuotamenti ed iniezioni endoarticolari, da 50 a 100 — 105. Artrotomia, da 200 a 800 — 106. Resezioni articolari (a seconda di piccole o grandi articolazioni), da 200 a 1500 — 107. Disarticolazioni (idem) da 200 a 3000 — 108. Piede torto. Correzione manuale e apparecchio, 200 — 109. Piede torto. Correzione mediante operazione cruenta, da 500 a 1000 — 110. Artrodesi, da 700 a 1200 — 111. Operazione per sindattilia, da 300 a 600 — 112. Operazioni plastiche sulla faccia, da 500 a 1500 — 113. Labbro leporino, da 300 a 800 — 114. Asportazioni tumori labbra, guancie, naso, da 250 a 1000 — 115. Plastica successiva, da 500 a 1000 — 116. Operazioni per tumori parotide e glandole submascellari, da 500 a 1000 — 117. Ranula - Asportazione, da 300 a 800 — 118. Stafilorrafia, 500 — 119. Uranoplastica, da 800 a 1000 — 120. Incisione frenulo, 50 — 121. Escisione ugola, 50 V. P. speciale — 122. Epulidi, da 100 a 300 — 123. Tumori mascelle, resezione parziale, 500 — 124. Tumori mascelle, resezione totale, 1500 — 125. Lingua - Escisione tumore superficiale, 300 — 126. Lingua - Asportazione parziale da 500 a 1500 — 127. Lingua - Asportazione totale - Enucleazione glandole, da 1500 a 2500 — 128. Asportazione tumori pavimento boccale - Enucleazione glandole, da 1500 a 2500 — 129. Tonsillotomia, 100 — 130. Tonsillectomia, da 300 a 500 — 131. Tumori tonsille, da 1500 a 2500 — 132. Tumori faringe, da 1500 a 2500 — 133. Estrazione strumentale corpi estranei faringe-esofago, da 100 a 300 — 134. Sondaggio esofago, da 50 a 100 — 135. Dilatazione graduale esofago (per seduta), 50 — 136. Faringe, esofagotomia esterna, da 500 a 1000 — 137. Resezione laringe e faringoplastica, da 2000 a 3000 — 138. Resezione esofago, da 2000 a 3000 — 139. Operazioni sul cardias, da 2000 a 4000 — 140. Paracentesi addominale, da 50 a 100 — 141. Laparotomia esplorativa, da 500 a 1000 — 142. Laparotomia per peritonite e drenaggi, da 1000 a 2000 — 143. Laparotomia per ferite addominali, da 1000 a 3000 — 144. Gastrotomia, 1000 — 145. Resezione dello stomaco, da 2000 a 3000 — 146. Gastro-enterostomia, da 1000 a 2000 — 147. Esclusione piloro, 1500 — 148. Piloroplastica, 1500 — 149. Gastropessia, 1500 — 150. Enteroanastomosi, 1500 — 151. Resezioni intestinali, da 1000 a 3000 — 152. Esclusione intestinale, da 1000 a 3000 — 153 Appendicectomia a freddo, da 800 a 1000 — 154. Operazione per appendicite acuta, da 1000 a 2000 — 155. Apertura d'ascesso pelvico, 1000 — 156. Ano artificiale, da 500 a 1000 — 157. Chiusura ano artificiale, da 500 a 1000 — 158. Operazioni per fistole intestinali, da 1000 a 2000 — 159. Operazioni sul pancreas, da 2000 a 3000 — 160. Operazioni sulla milza, da 1000 a 3000 — 161. Tumori mesentere - epiploon, da 1000 a 3000 — 162. Omentopessia, 1500 — 163. Cura radicale delle ernie libere, da 500 a 1000 — 164. Operazione dell'ernia strozzata, da 800 a 1500 — 165. Amputazione e resezione ano e retto, da 1500 a 3000 — 166. Operazione per prolasso del retto, da 1000 a 2000 — 167. Operazione per polipo e piccolo tumore mucoso rettale, 300 — 168. Emorroidi, da 300 a 600 — 169. Fistole anali, perianali, da 200 a 400 — 170. Ulcera ano, escisione, 100 — 171. Ragade (divulsione), da 100 a 300 — 172. Dilatazione progressiva del retto (ogni seduta), 50 — 173. Operazioni per malformazioni congenite ano-rettali, da 500 a 1500 — 174. *Fegato* - Ascesso cisti-echinococco, da 800 a 1500 — 175. *Fegato* - Tumori, resezione, 2000 — 176. Epatopessia, 1000 — 177. Ascesso subpleurico, da 1000 a 2000 — 178. Operazioni sulle vie biliari, da 1000 a 3000 — 179. *Rene* - Esplorazione, da 500 a 1000 — 180. *Rene* - Scapsulamento, 1000 — 181. Nefrotomia, da 1000 a 1500 — 182. Nefrectomia, da 1000 a 3000 — 183. Nefropessia, 1000 — 184. Pielotomia, 1500 — 185. *Esplorazione ureteri* (Vedi esplorazione rene) (179) — 186. Incisione uretere (ureterotomia per calcoli od altra indicazione - secondo la sede), da 1500 a 3000 — 187. Ureteronostomia e operazioni plastiche sull'uretere, da 1500 a 3000 — 188. *Vescica* - Ascesso perivescicale, da 300 a 500 — 189. Puntura ipogastrica, da 50 a 100 — 190. Cistotomia ipogastrica per varie indicazioni, da 1000 a 1500 — 191. Cistotomia ipogastrica con asportazione di tumore, da 1000 a 2500 — 192. Cistotomia perineale, 1500 — 193. Cistectomia parziale, 2000 — 194. Cistectomia totale, 3000 — 195. Operazioni per estrofia, da 2000 a 3000 — 196. Operazioni per fistole da 1000 a 2000 — 197. Litotrixia, da 500 a 1500 — 198. Uretra - Esplorazione, 50 — 199. Dilatazione progressiva (ogni seduta) 25 — 200. Estrazione corpi estranei incruenta, da 200 a 500 — 201. Uretrotomia interna, da 300 a 500 — 202. Uretrotomia interna o divulsione, da 300 a 500 — 202-*bis*. Uretrotomia perineale per restringimenti, da 500 a 1000. — 203. Uretrotomia per infiltrazioni urinose, da 800 a 1000 — 204. Uretrotomia, da 800 a 1200 — 205. Incisione

ascesso periuretrale, da 200 a 500 — 206. Operazioni per malformazioni congenite, da 500 a 2000 — 207. Cistoscopia semplice, 50 — 208. Cistoscopia cateterismo ureteri, 100 — 209. Uretroscopia, 50 — 210. Instillazioni uretrali e vescicali, 20 — 211. *Prostata* - Ascesso, da 300 a 1000 — 212. Prostatectomia perineale, da 1000 a 2000 — 213. Prostatectomia soprapubica, da 1000 a 2000 — 214. Fimosi, 150 — 215. Parafimosi, riduzione, resezione, 150 — 216. Amputazione pene, 500 — 217. Idem, con enucleazione glandole inguino-crurali, 750 — 218. Idem, con enucleazione bilaterale, 1500 — 219. Asportazione totale genitali, 1500 — 220. Punture idrocele, 25 — 221. Iniezioni modificatrici, 100 — 222. Operazione radicale dell'idrocele, da 300 a 500 — 223. Castrazione semplice, 500 — 224. Castrazione con asportazione gangli retroperitoneali, 1500 — 225. Epididimectomia, 500 — 226. Varicocele - Operazioni varie, da 300 a 500 — 227. Ascessi testicolo ed epididimo, 100 — 228. Operazioni sul canale deferente (anastomosi, resezione sutura), da 300 a 1500 — 229. Operazioni sulle vescicole spermatiche da 1000 a 2000 — 230. Corpi estranei vie aeree (estrazione incruenta), 500 — 231. Laringotomia esplorativa o per corpi estranei. da 500 a 1000 — 232. Laringotomia con asportazione tumore, da 1000 a 2000 — 233. Laringectomia parziale o totale, da 1000 a 3000 — 234. Tracheotomia. da 500 a 1000 — 235. Intubazione. 500 — 236. Resezione trachea e plastiche, da 1500 a 3000 — 237. Operazioni sulla tiroide, da 500 a 2500 — 238. Toracentesi, 200 — 239. Pneumo-torace artificiale (prima seduta). 300 - (Sedute successive), da 50 a 100 — 240. Toracotomia semplice, 500 — 241. Toracotomia con resezione costa, 600 — 242. Toracotomia esplorativa, da 1000 a 2000 — 243. Operazioni sul polmone, da 2500 a 3000 — 244. Toracoplastica. da 1000 a 2000 — 245. Resezioni pareti toraciche (sterno-coste). da 500 a 1000 — 246 Operazioni sugli organi mediastinici. da 2000 a 4000 — 247. Tumori mediastino, da 2000 a 4000 — 248. Operazioni sul pericardio e cuore, da 500 a 3000 — 249. Ascesso mammella semplice, 100 — 250. Ascessi multipli mammelle. 300 — 251. Tumori benigni mammelle (enucleazione), 300 — 252. Cura radicale tumori maligni mammelle, da 800 a 1000.

Specialità oculistica.

Consultazioni in Gabinetto (prima visita), L. 20; Visite successive, 10 — Per cure lunghe, prezzi da convenirsi — Visite in casa del malato (prima visita), 30; Visite successive, 15 — Consulto oculistico in gabinetto col curante. da 30 a 50 - In casa del malato, da 50 a 100 — Esame completo della vista con relazione, da 50 a 150 — Prescrizione lenti sferiche, 20 — Prescrizione lenti astigmatiche e combinate, da 30 a 50 — Rimozione di corpi estranei dal sacco congiuntivale, 15 — Estrazione di corpi estranei dalla cornea e congiuntiva. da 20 a 100 — Schiacciamento e asportazione di granulazioni congiuntivali, 25 — Sanguisugio con ventosa di Herteloup, 25 — Iniezioni sottocongiuntivali, 15 — Applicazione di occhio artificiale. da 25 a 50 — Applicazioni elettriche, 15 — Galvano-cauterizzazione, da 50 a 100 — Incisione del canalino lacrimale, 100 — Sondaggio delle vie lacrimali 15 — Incisione del sacco lacrimale, 100 — Asportazione del sacco lacrimale, da 300 a 500 — Asportazione glandole lacrimali, da 200 a 400 — Asportazione di cisti dal contorno dell'orbita, da 100 a 300 — Depilazione semplice (per ogni seduta), 15 — Depilazione elettrolitica, 20 — Operazione per trichiasi ed entropion. da 150 a 500 — Operazioni epicantoptosi, ectropion e colobomi palpebrali. da 200 a 500 — Blefaroplastica, da 300 a 1000 — Riapertura dell'anchiloblefaron, da 50 a 200 — Cantoplastica, 200 — Tarsorrafia semplice. 250 — Sutura delle palpebre, da 100 a 300 — Asportazione di tumori delle palpebre, da 50 a 500 — Sutura della congiuntiva, da 50 a 100 — Operazioni della pterigion, da 150 a 400 — Asportazione di tumoretti o corpi estranei sottocongiuntivali con sutura, 100 — Plastica congiuntivale. da 200 a 500 — Asportazione di tumori della congiuntiva, da 50 a 300 — Operazione del simblefaron, da 100 a 300 — Sutura della cornea, da 300 a 500 — Tatuaggio della cornea, da 50 a 200 — Cheratotomia del Socmuch, 100 — Amputazione di stafiloma. 250 — Paracentesi della camera anteriore. 100 — Estrazione di corpi estranei della camera anteriore. da 100 a 500 — Iridectomia e incisione dell'angolo irideo, da 300 a 1000 — Iridectomia preparatoria ad estrazione di cateratta, 300 — Operazione delle cateratte, da 500 a 2000 — Discissione delle cateratte congenite e secondarie, da 300 a 500 — Capsulectomia, da 400 a 1000 — Maturazione artificiale delle cateratte, 200 — Suture della sclerotica con o senza escisione della parte. da 100 a 500 — Sclerotomia, 250 — Exenteresi, 250 — Enucleazione del bulbo, da 300 a 500 — Operazione dello strabismo, da 300 a 1000 — Asportazione di tumori dell'orbita, da 500 a 2000.

Otorinolaringoiatria.

Incisione di ascesso del condotto uditivo, L. 25 — Estrazione di corpo estraneo attraverso il condotto, da 25 a 100 — Idem per via retroauricolare, 300 — Estrazione di zaffi ceruminosi, 20 — Paracentesi timpanica, da 50 a 100 — Estrazione di polipi dal condotto uditivo senza narcosi generale, 100 — Idem con narcosi generale, 200 — Operazione sugli ossicini, 300 — Cauterizzazione endotimpanica elettrica o chimica (per seduta), 25 — Taglio di Wilde, 100 — Mastoidotomia in casi acuti, 500 — Operazione radicale (attico-antrectomia), 1000 — Idem con intervento sul sacco laterale ed eventuale legatura della giugulare, 1200 — Idem con intervento in complicazioni endocraniche. 1500 — Operazioni sul labirinto, 1000 — Demolizione del padiglione, 200 — Plastiche dell'orecchio, 400 — Tamponamento del naso per epistassi ant. post., 50 — Estrazione di corpi estranei dalle cavità nasali senza narcosi. 50 — Idem con narcosi, 100 — Incisione di ascesso ed ematoma del setto, 50 — Cauterizzazione galvanica o chimica della mucosa nasale (per seduta) 20 — Estirpazione di tumori del setto, 250 — Interventi sul setto nasale, da 200 a 300 — Concotomia unilaterale, 200 — Cura radicale dei polipi mucosi (apertura e svuotamento delle cellule etmoidali), 300 — Idem, in più sedute (per seduta), 40 — Puntura esplorativa del sacco mascellare, 50 — Operazione radicale di sinusite mascellare, 300 — Apertura del seno frontale, 500 — Apertura del seno sfenoidale, per via nasale. 500 — Raschiamento delle cellule etmoidali, 200 — Cura radicale delle polisinusiti, 1000 — Rinotomia, 500 — Rinoplastiche, 800 — Protesi nasale con parafina, da 100 a 500 — Operazioni di vegetazioni adenoidi. 200 — Estirpazione di tumori dal cavo rinofaringeo per le vie naturali, 200 — Estirpazione di fibromi nasofaringei, 600 — Cauterizzazioni galvaniche faringee o tonsillari per seduta), 20 — Spezzettamento (vedi parte chir.). 200 — Apertura di ascessi peritonsillari o retrofaringei, 100 — Apertura di ascessi latero-faringei per via esterna, 300 — Recisione dell'ugola o frenulo (v. parte chir.), 50 — Amputazione parziale o totale della lingua, 1000 — Asportazione della tonsilla linguale (v. parte chir.), 250 — Esofagoscopia, 100 — Sondaggio dell'esofago a scopo diagnostico, 50 — Estrazione di corpi estranei dall'esofago per le vie naturali (vedi parte chirur.), 150 — Faringotomia (v. parte chirur.), 600 — Estirpazione dell'epiglottide per le vie naturali, 250 — Scarificazioni endolaringee, 100 — Apertura di ascessi endolaringei, 100 — Intubazione in casi acuti, 300 — Intubazione in casi cronici, 100 — Estrazione di corpi estranei dalla laringe per le vie naturali, da 200 a 500 — Estirpazione di polipi endolaringei per le vie naturali, da 300 a 500 — Cauterizzazioni galvano-caustiche endolaringee (per seduta) 50 — Raschiamento della mucosa laringea (per seduta), 100 — Tracheobroncoscopia, 200 — Idem, combinata con l'estrazione di corpi

estranei e tumori, 800 — Laringofissura, 400 — Laringotomia, 600 — Laringectomia (vedi parte chirur.), 2000 — Dilatazione di stemia, da 300 a 500 — Estirpazione della glandola tiroidea, 2000.

Ostetricia e Ginecologia.

Visita unica in gabinetto dello specialista, L. 20 — Visita unica in gabinetto dello specialista con relazione scritta, 25 — Visite continuative in gabinetto dello specialista. 10 — Visita unica a domicilio, 30 — Consulto con il medico curante in gabinetto dello specialista, 30.

a) PRESTAZIONI OSTETRICHE.

Esame ostetrico (completo). L. 50 — Assistenza al *parto normale*: di giorno, 300: di notte, 400 — Assistenza al parto operativo: di giorno 500; di notte, 600 — Assistenza al *parto gravemente emorragico* (placenta previa centrale, distacco prematuro di placenta normale inserta), 800 — *Interruzione artificiale* della gravidanza per indicazione medica, 500 — *Parto forzato* (dilatazione - estrazione), 800 — Assistenza operativa *in caso di aborto*, 300 — *Intervento laparotomico* nell'assistenza ostetrica (Taglio cesareo - Cura della gravidanza extrauterina, dell'inversione o rottura d'utero, dell'utero gravidico retroflesso), 1000 — Taglio cesareo vaginale, 800 — *Prestazioni singole* (intervento dell'ostetrico solo al momento della distocia, senza precedente assistenza) - Applicazione di forcipe (alta), 500; (bassa), 300 — Estrazione manuale podalica, 300 — Rivolgimento ed estrazione manuale podalica 400 — Secondamento artificiale manuale, 300 — Colpoperineorrafia post-partum, 100 — Embriotomia e successiva estrazione fetale, 500 — Pubiotomia - Sinfisiectomia con estrazione fetale, 1000 — Taglio cesareo post-mortem 500 — Versione per manovre esterne, 100 — Rianimazione del feto asfittico, 100 — Revisione delle vie del parto in puerperio morboso con le cure necessarie, non operativo, 100 — Visite dell'ostetrico in gravidanza, in parto, in puerperio (a domicilio), 30 — Riduzione dell'utero gravido retroflesso per vaginam, 100 — Incisione di mastiti suppurate, 100.

b) PRESTAZIONI GINECOLOGICHE.

Esame ginecologico, L. 30 — Medicazioni ginecologiche, 50 — Riduzione per vaginam dell'utero retro-deviato od applicazione di pessario vaginale, 50 — Operazione sui genitali esterni (escluse quelle per tumori maligni), 200 — Operazioni sulla vagina (plastiche - colporrafie - fistole - escluse quelle per tumori maligni), 500 — Asportazioni di tumori maligni vulvari o vaginali, 800 — Dilatazione del collo uterino con raschiamento dell'utero, 200 — Discissione del collo uterino ed applicazione di un pessario endouterino, 300 — Amputazione del collo dell'utero, 300 — Operazione per vagina per cura del prolasso completo dell'utero, 800 — Isteropessia vaginale, 800 — Asportazione di polipi utero-cervicali in vagina, 300 — Cervicotomia per ablazione di tumori benigni endouterini, 500 — Isterectomia vaginale, 1000 — Intervento laparotomico (esplorativo), 1000 — Idem per isteropessi addominale, 1200 — Idem per asportazione degli annessi uterini (ovariotomia), 1500 — Idem per asportazione di tumori benigni (miomectomia), 1500 — Idem per isterectomia con annessiectomia complementare, 2000 — Idem per pan-isterectomia (tumori maligni dell'utero o degli annessi), 2500 — Raccorciamento dei ligamenti rotondi nel canale inguinale per l'isteropessi, 800.

N. B. — Non sono compresi gli onorari per gli assistenti.

Dermosifilopatia.

Asportazione tumori cutanei, da L. 150 a 300 — Cistoscopia (in ospedale o in ambulatorio), 100 — Cistoscopia (in casa del paziente), 150 — Dilatazione graduale dell'uretra, da 30 a 50 — Divulsione dell'uretra, da 100 a 200 — Elettrolisi dell'uretra, 100 — Elettrolisi dei peli (per seduta), da 20 a 50 — Esame endoscopico dell'uretra (primo), 50 — Esami endoscopici successivi con medicazione, 30 — Galvano e termocaustica: *a*) Lesioni circoscritte (per seduta), 25; *b*) Lesioni estese (per seduta), 150 — Neve carbonica, 25 — Incisione di bubboni con raschiamento, 100 — Escisione condilomi acuminati, da 25 a 100 — Svuotamento del cavo inguinale unilaterale, 250 — Svuotamento del cavo inguinale bilaterale, da 300 a 400 — Iniezioni intramuscolari di sali indisciolti, 10 — Iniezione endovenosa, 40 — Iniezione endovenosa 606 e 914 (ciascuna, medicamento a carico del malato. Tener conto del valore profilattico), 50 — Massaggio speciale cutaneo, 25 — Massaggio uretroprostatico, 15 — Massaggio uretroprostatico sopra Beniqué, 25 — Medicature speciali cutanee, da 20 a 50 — Operazioni di fimosi per ulceri ecc., da 150 a 200 — Riduzione cruenta di parafimosi, da 75 a 100 — Riduzione incruenta di parafimosi, 50 — Uretrotomia interna (v. parte chirurg.), da 300 a 500 — Scarificazioni cutanee, per seduta, 20 — Lavacro uretro-vescicale, 30 — Istillazione uretrale (uret. post.), 25 — Iniezione uret. sempl., 50 — Cura elettrica della tigna, tricofitia del cuoio capelluto: Lesioni circoscritte (per seduta), 50 — Lesioni diffuse (per seduta), 75 — Applicazione di radium (per seduta), da 50 a 75 — Finsenterapia (per seduta), da 75 a 100 — Rontgenterapia (per seduta), da 75 a 100. Tener conto dell'impianto, del consumo di elettricità, della competenza e responsabilità del medico.

Stomatologia.

Dentiera completa di vulcanite, L. 500 — Apparecchi di vulcanite, secondo l'estensione dell'apparecchio (per dente), 30 — Apparecchi di leghe di oro e platino, secondo l'estensione dell'apparecchio (per dente), 50 — Lavori a gengiva continua (per dente), 100 — Lavori a ponte (per dente), 100 — Ricostruzione di un apparecchio: la metà del compenso indicato per l'apparecchio nuovo — Cure di ortopedia dentale: onorari a convenirsi secondo il caso — Apparecchi di protesi delle ossa mascellari, palati e veli, ecc.: onorari a convenirsi secondo il caso — Appuntamenti mancati, senza preavviso, 10.

Elettroterapia e radiologia.

Corrente galvanica o faradica semplice (per seduta), L. 15 — Massaggio manuale elettrico, 15 — Darsonvalizzazione, 20 — Correnti al alta frequenza e diatermia, 20 — Bagno idro-elettrico generale, 20 — Elettricità statica, 15 — Bagno di luce elettrica generale, 20 — Radioscopia semplice, 50 — Una posa radiografica degli arti, 75 — Una posa radiografica del torace, 80 — Una posa radiografica della testa e bacino, 240 — Seduta radioterapica, 50 — Fulgorazione (per seduta), 15.

N. B. — 1. Per la radioscopia al carbonato di bismuto. la spesa del bismuto è a carico del cliente. 2. Questi onorari s'intendono per cure eseguite nello Studio o nell'Istituto dello Specialista.

Sottoscrizione per la fondazione “ Paolucci „ nel Collegio degli orfani dei sanitari italiani in Perugia.

Il Presidente dell'Ordine dei Medici di Roma, a nome della Federazione degli Ordini, ha indirizzato al Presidente del Collegio-Convitto di Perugia la seguente lettera:

«Roma, 29 luglio 1920.

Ill.mo sig. Presidente,

Quando, nel novembre 1918, si diffondeva in Italia la notizia della grande e memorabile gesta che il dott. Raffaele Paolucci, capitano medico della R. Marina, insieme al suo compagno R. Rossetti,

ingegnere Navale, violando il ben munito porto di Pola, compiva, affondando la nave ammiraglia austro-ungarica «Viribus Unitis» con grave rischio della sua vita, la famiglia sanitaria italiana fu pervasa da immenso giubilo.

Ed infatti uno dei due eroi usciva dalle sue file e col suo valore personale, illustrando il genio di nostra gente, forniva una prova impareggiabile di quel che possa la forza di volontà unita al disprezzo del pericolo.

Tutta la classe sanitaria italiana volle onorare il collega, ed in molte città venivano offerte al Paolucci targhe ed oggetti artistici di valore.

La Federazione degli Ordini dei medici, della quale io allora mi trovavo a capo come vice presidente, perchè rimanesse imperituro il nome del dott. Raffaele Paolucci, e questo ricordo andasse unito ad un'opera benefica, quale si richiede dallo spirito dei tempi, iniziò una sottoscrizione fra gli Ordini stessi per aver mezzo o di creare un posto perpetuo nel Collegio degli Orfani dei Sanitari in Perugia, o di fondare una borsa di studio intitolata al nome del dott. Paolucci, la quale annualmente si assegnasse ad un orfano di medico che ne fosse meritevole.

La somma indicataci come necessaria (L. 8000) è stata ora raccolta ed io sono lieto di farne invio a codesta Direzione in nome della Federazione degli Ordini dei Medici.

Essa servirà alla fondazione di una borsa annua di studio che si chiamerà «Borsa di studio Raffaele Paolucci»; con l'esplicita condizione che a chi verrà assegnata sia ben spiegato, ogni anno, chi fu il dott. Raffaele Paolucci, quale gesta egli ebbe a compiere per l'onore d'Italia e come il denaro venne raccolto per sottoscrizione di molti Ordini d'Italia, col concorso del giornale *Il Policlinico*, il quale versò al nostro fondo il residuo di una sottoscrizione da esso giornale aperta sulle sue colonne a beneficio di un'orfana di medico, bisognosa di soccorso, e deceduta prima che dell'aiuto potesse fruire; non che con la valida cooperazione del prof. Guglielmo Fabbri, direttore del servizio sanitario delle Ferrovie dello Stato.

Sono quindi L. 8228.35 che ho l'onore di spedire: L. 7928.35 col vaglia cambiario n. 757438 della Banca d'Italia e L. 300 (nominali) con due cartelle al portatore consolidato 5 % del prestito 1° gennaio 1919: una (n. 1453319) per L. 200; l'altra (n. 3128824) per L. 100. L'eccedenza lieve sulle L. 8000 varrà in parte a pareggiare il prezzo della rendita, oggi valutata a L. 74.20.

Codesto Consiglio Direttivo stabilirà poi, con speciale regolamento, le modalità per l'assegnazione della borsa di studio.

Con perfetta osservanza.

F.to BALLERINI».

SOTTOSCRIZIONE.

Somma precedente . . . L. 7386.90
Delli Colli dott. Carlo - Roma . . . » 5.00
De Fabi dott. Achille - Roma . . . . » 50.00

Associazione tra Medici-Chirurgi Liberi Esercenti di Roma:

Prof. Giuseppe Montesano, L. 25 - Dottor Giovanni Palomba, L. 10 - Dott. Francesco Stagnitta, L. 25 - Dott. Tullio Lazzè, L. 10 - Dott. Luigi Giordani, L. 10 - Dott. Giuseppe Alessandrini, L. 10 - Dott. Enrico Ballerini (2ª offerta), L. 25 - Dott. Giulio Nardelli, L. 10 - Prof. A. Bignami, L. 10 - Dott. Enrico Sbordoni, L. 5 - Dott. Lorenzo Cochetti, L. 10 - Ordine Medici di Roma, L. 250 - Dott. Umberto Moschini, L. 10 - Dott. Albini, L. 5 - Dott. Sabatucci, L. 5 - Dott. Cinti, L. 5 - Dott. Masciarelli, L. 5 - Dott. Castellano Raffaele, L. 5 - Prof. Neuschuller, L. 10 - Prof. Carducci Agostino, L. 10 - Illeggibile, L. 5 - Dottor Grossi, L. 5 - Illeggibile, L. 5 - Dottor G. Giannelli, L. 5 - Dott. Biasiotti, L. 5 - Dott. Saviozzi, L. 5 - Dott. Rapisardi, L. 5 - Dott. Pasquali, L. 5 - Dott. Drago, L. 5 - Dott. Casuto, L. 5 - Dott. Damie, L. 5 - Dott. Pieri, L. 5 - Dott. Pedroli, L. 5 - Dott. Ricciuti, L. 5 - Illeggibile, L. 10 - Dottor Murolo, L. 5 - Dott. G. Giordano, L. 5 - Dott. Pulvirenti, L. 5 - Dott. Menini, L. 5 - Dott. Quarta, L. 5 - Dott. Calvani, L. 5 - Dott. Gasparro, L. 5 - Prof. R. Alessandri, L. 10 - Dott. Marucchi, L. 10 - Dott. Damiani, L. 10.

L. 600.00
Interessi sulla somma depositata . . . » 186.00

TOTALE . . . L. 8228.35

ATTI PARLAMENTARI.

La risposta del Ministro alle richieste dei medici ferroviari.

L'on. Alceste Della Seta aveva rivolto al Ministro dei Lavori pubblici la seguente interrogazione: «Per sapere come viene provveduto — specie nei grandi centri e nelle località disagiate di malaria grave — al servizio sanitario nell'interesse del personale ferroviario; quale esito abbiano avuto le proposte della Commissione all'uopo nominata dall'ex Ministro dei Trasporti, onorevole De Vito, e con quali criteri s'intenda procedere alla nomina del nuovo capo del Servizio sanitario».

All'on. Della Seta è giunta la seguente risposta:

«L'assistenza sanitaria per il personale delle ferrovie dello Stato è affidata a medici di reparto che hanno l'obbligo di curare gli agenti compresi nella zona loro affidata, escluso, per ora, il personale a stipendio degli Uffici.

Non vi è sostanziale differenza fra il servizio sanitario nei grandi centri e nelle località lungo la linea, salvo le maggiori provvidenze rese ne-

cessarie nei grandi centri per la densità di popolazione ferroviaria e per l'assistenza agli infortuni.

Il numero dei reparti nei centri è variabile in relazione alle distanze ed ai raggruppamenti di ferrovieri.

Oltre alla cura, l'Amministrazione provvede, per gli agenti che hanno titolo a varie altre prestazioni, fra cui: sommiministrazione medicinali e rimborsi delle spese relative — fornitura e manutenzione dei protesi e presidi chirurgici — cure balneari e speciali ricoveri in ospedali gratuiti o con contributo da parte dell'Amministrazione.

Non soltanto nei grandi centri, ma anche nei maggiori nuclei di popolazione ferroviaria, sono istituiti — e si stanno istituendo — ambulatori e guardie mediche retribuite per l'assistenza ai malati e agli infortunati.

L'assistenza sanitaria nelle linee e luoghi di malaria è assicurata, analogamente ai centri, con medici di reparto, che risiedono negli abitati più vicini e che hanno l'obbligo: di curare gli agenti stabili e rispettive famiglie e gli avventizi — di distribuire decadalmente il chinino necessario alla profilassi e alla cura delle febbri malariche fornito gratuitamente dall'Amministrazione — di assicurarsi che le protezioni meccaniche contro le zanzare siano ben conservate dagli utenti — di dirigere e vigilare la petrolizzazione dei ristagni d'acqua per distruggere le zanzare. Ad ogni medico di riparto, in zona di malaria grave, sono, in media, assegnati 8 km. di linea e circa 33 agenti con le rispettive famiglie.

Sulle proposte presentate dalla Commissione nominata dall'ex-Ministro dei Trasporti, on. De Vito, per il riordinamento e coordinamento del servizio sanitario ferroviario e che involgono importanti modificazioni al regime vigente per ciò che particolarmente concerne la costituzione degli Uffici sanitari, il personale medico a ruolo e quello ausiliare, sono tuttora in corso gli studi necessari per vedere se ed in quanto esse corrispondono alle reali esigenze del servizio e siano praticamente attuabili, con quel vantaggio, per il suo andamento; che la Commissione stessa ha ritenuto potersi ripromettere.

Alla nomina del nuovo capo effettivo del Servizio sanitario sarà fatto luogo coi criteri stabiliti dal vigente regolamento sul personale ferroviario per la destinazione alle funzioni superiori di dirigenza.

Il Sottosegretario di Stato
(f.to) BERTINI ».

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8384) *Pensioni - Esercizio professionale all'estero.* — Dott. G. M. da M. — Con 57 anni di età e 27 di servizio liquiderà la pensione di lire 1131 annue. Non è possibile raddoppiare o triplicare l'assegno di riposo. Sono, però, permessi versamenti volontarii in misura non superiore a lire 400 annue. Detti versamenti possono essere capitalizzati e dare una pensione maggiore. I cittadini laureati in Italia possono liberamente esercitare la professione, senza essere sottoposti ad esame e con la sola formalità della registrazione del titolo e del pagamento di una tassa non superiore a 5 lire sterline nel **Regno Unito della** Gran Bretagna.

(8385) *Cavalcatura.* — Dott. R. R. da Q. — L'Associazione di medici cui allude non è un corpo morale e quindi non ha veste per far pressione sui Comuni per il miglioramento del servizio di cavalcatura.

(8386) *Prestazioni fatte ai prigionieri di guerra.* — Dott. G. P. da C. — La citazione deve essere fatta per comparire davanti alla autorità giudiziaria del luogo ove la prestazione è avvenuta ai termini dell'articolo 92 del Cod. di procedura civile. Si deve chiamare in giudizio il Ministero della Guerra e si deve notificare la citazione a chi lo rappresenta nel luogo in cui risiede l'autorità giudiziaria davanti cui è portata la causa, e ciò in conformità di quanto dispone l'art. 138 del citato Codice.

(8387) *Indennità caro-viveri.* — Dott. O. B. da M. — Anche l'indennità caro-viveri è gravata da R. M.

(8388) *Indennità caro-viveri.* — Dott. G. D. M. da A. — La indennità caro-viveri non può essere divisa e ripartita fra i due medici che attualmente esercitano la condotta, ma deve essere corrisposta per intero a ciascuno di essi, unitamente all'accessorio degli 85 centesimi giornalieri per ogni figlio, oltre i primi tre. Qualora il Comune non intenda seguire tale ordine di idee, può ben adire l'autorità giudiziaria ordinaria.

(8389) *Ufficiale sanitario.* — Dott. F. C. da S. T. — Al medico condotto può essere affidato l'incarico di ufficiale sanitario nel solo caso che manchi nel Comune un libero esercente. Epperò fra chi è in servizio attualmente di condotto e chi trovasi in pensione, l'ufficio di ufficiale sanitario spetta prevalentemente a quest'ultimo.

(8390) *Concorsi a posti di medico condotto.* — Dott. V. S. da T. — Veramente la Commissione giudicatrice avrebbe potuto essere più longanime nel ritenere il secondo certificato penale integrativo del primo, presentato in tempo. Avrebbe pur potuto ritenere che Ella nel giorno della chiusura del concorso era legalmente riabilitato e che la prova tardiva di una determinata circostanza non può distruggere la circostanza stessa, che rimane ferma nella sua intima efficienza. La deliberazione consiliare di nomina si può impugnare con il verbale della Commissione giudicatrice per legittimità e, cioè, per eccesso di potere, incompetenza e violazione di legge, o in sede contenziosa innanzi alla IV Sezione del Consiglio di Stato o con ricorso straordinario al Re.

(8391) *Esercizio professionale in Francia.* — Dott. abbonato 11173. — La laurea in medicina e chirurgia conseguita in Italia non dà diritto allo esercizio professionale in Francia. Bisognerà fare l'intero corso *ex integro* presso una Università francese.

CONDOTTE E CONCORSI.

Proroga al concorso per medico provinciale.

Con Decreto ministeriale 24 luglio u. s. il termine fissato dal Decreto 30 maggio 1920 per la presentazione delle domande degli aspiranti al concorso a 34 posti di medico provinciale aggiunto è stato prorogato al 31 agosto corrente.

FAENZA (*Ravenna*) - Ospedale. — Posti di chirurgo supplente (L. 7000) di assistente nel riparto chirurgia (L. 4320) e medico (L. 4320). Oltre allo stipendio, l'indennità caro-viveri; per gli assistenti l'alloggio gratuito ed il vitto nei giorni di guardia. Per il chirurgo si richiedono 2 anni di assistentato in sezione chirurgica di Ospedale Primario o in una Clinica. Scadenza 31 agosto.

MONTEROTONDO (*Roma*). — Condotta per assistenza più particolarmente chirurgica ai soli poveri, ai ricoverati nell'Ospedale, ai detenuti ed a un terzo dei poveri dimoranti fuori le mura. Stipendio iniziale L. 6000 lorde, aumentabili di L. 500 ogni 4 anni, per cinque quadrienni. Indennità caro-viveri. Limite d'età per chi non abbia prestato servizio in altre condotte: anni 30. Titolo di preferenza il servizio prestato in ospedali di Roma. Scadenza 28 agosto.

ROCCALBEGNA (*Grosseto*). — Prima condotta residenziale, per il Capoluogo, frazioni S. Caterina, Triana, Usi. L. 7000 lorde, indennità caro-viveri e cavalcatura (L. 2000). Scadenza 31 agosto.

Diffide.

Sono diffidati tutti i concorsi medici della provincia di Bergamo, fino a che non sieno raggiunti i nuovi deliberati delle Sezioni Bergamasca e Trevigliese dell'Associazione Nazionale Medici Condotti.

Il dott. Angelo Tabone, presentatosi, nonostante i richiami della Sezione Ferrarese, dell'A. N. M. C., al concorso diffidato per la condotta di Copparo, è stato radiato dal novero dei soci dell'A. N. M. C. La Sezione Ferrarese invita tutti i colleghi a non prestargli per l'avvenire gli aiuti collegiali.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Alla Cattedra di Storia Naturale del R. Istituto Tecnico di Padova è stato destinato, per effetto di concorso speciale, il prof. dott. *Omero Ricci*, già capitano medico, volontario di guerra e decorato della Croce di guerra per un meritato encomio solenne conseguito.

Il dott. Rosario Cascino, direttore del Sanatorio Chirurgico Cascino, ha conseguito a pieni voti la libera docenza in Chirurgia operativa nella R. Università di Palermo, svolgendo il tema «Chirurgia del grosso intestino», ed ha ottenuto l'approvazione della Giunta Superiore della Pubblica Istruzione.

Il dott. cav. Francesco Ferraù, medico condotto di Sinagra, con decreto 26 luglio è stato promosso Ufficiale della Corona d'Italia, per essersi distinto nell'epidemia di febbre spagnola.

Il prof. dott. Giuseppe Turtur, su proposta del presidente della C. R. I., è stato nominato Cavaliere della Corona d'Italia in riconoscimento di benemerenza pel servizio prestato alla fronte durante il quale contrasse grave setticemia.

NOTIZIE DIVERSE.

Per gli orfani dei sanitari.

La Commissione parlamentare per l'esame del disegno di legge presentato dal Governo intorno all'aumento del contributo per il Collegio degli orfani dei sanitari in Perugia si è riunita, nominando presidente l'on. Dore, segretario l'on. Schiavon, relatore l'on. Brunelli, il quale presentò subito la relazione approvata all'unanimità dalla Commissione.

Nella relazione viene proposto che il contributo per parte dei sanitari delle pubbliche amministrazioni venga portato a L. 24, e si annunzia che il Governo concederà al Collegio un sussidio annuo di L. 20,000 che si spera venga in seguito aumentato.

Osservatori idrobiologici.

Sul lago Fusaro, presso Napoli, il prof. Mazzerelli ha fondato un osservatorio idrobiologico.

A Castiglioncello (Pisa) è in formazione un altro osservatorio del genere diretto dal prof. Carazzi.

A Gazzi (Messina) l'osservatorio fondato nel 1915 sta per avere una stabile sede in edificio appositamente costrutto.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1920 - Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, *ed resp.*

Anno XXVII Roma, 23 Agosto 1920 Fasc. 34.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

CLINICA OTO-RINO-LARINGOIATRICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
diretta dal professore G. FERRERI.

L'illuminazione per trasparenza del condotto laringo-tracheale.

GUGLIELMO BILANCIONI, aiuto.

È noto che nell'ordinario esame laringoscopico non si scorgono agevolmente e soltanto ben poco varie parti del tubo laringo-tracheale:

1) la sezione laringea declive dell'epiglottide;

2) i ventricoli del Morgagni;

3) la parete posteriore della laringe e superiore della trachea;

4) la regione ipoglottica propriamente detta.

Ad ogni laringologo sono familiari gli espedienti ai quali si suole ricorrere per ovviare a queste manchevolezze o difficoltà inerenti all'esame con lo specchio laringeo. Di esse quella che più vivamente si deplora, nella pratica quotidiana, si è appunto l'impossibilità di bene osservare la regione ipoglottica, la quale è sede prediletta di numerosi processi patologici: tumori, laringite sottoglottica, scleroma, ecc.

È ben vero che con i progressi della tecnica, dati dall'autoscopia del Kirstein, dalla tracheobroncoscopia di Brünings, dalla laringoscopia in sospensione di Killian si può raggiungere e dominare qualunque punto del tubo aereo; ma è anche vero che si tratta di metodi di esame alla portata di pochi, che richiedono un ambiente e un personale adatto, e che infine quasi sempre sono da applicarsi sotto narcosi generale. Un metodo di esame del condotto laringo-tracheale che sia relativamente facile, applicabile ovunque esista una « spina » per luce elettrica, non doloroso nè fastidioso per il paziente, senza pericoli di alcun genere a me pare rappresenti un vantaggio reale, e non un lusso di tecnica, destinato a cadere in breve nell'oblìo. Questo metodo che deve completare ed essere di sussidio alla laringoscopia con lo specchio, quale fu ideato dal Garcia e dal Türck e dallo Czermak, e non certo sostituirla, ci è offerto dalla *transilluminazione del condotto laringo-tracheale* a mezzo di una lampada elettrica applicata nella regione anteriore del collo. Per la benevola cortesia del prof. Vincenzo Montenovesi, al quale esprimo i sensi della mia gratitudine, ho potuto largamente sperimentare questo metodo, e ne sono molto soddisfatto; egli fece costruire vari apparecchi di diafanoscopia, muniti di lenti condensanti, con cui si ottiene un'ottima illuminazione dei seni accessori del naso ed ha anche imaginato una coppa di metallo, a margini svasati ben adattabili alla sagoma della regione anteriore del collo, in cui una potente lampadina, pòsta in azione da una comune presa di luce (con intercalato un piccolo reostato), comunica tanta luce alle parti molli, che è possibile eseguire un'ispezione minuziosa e completa della trachea, della regione sottoglottica propriamente detta, delle corde vocali vere e false, e della faringe. Le due figure annesse risparmiamo la più industriosa descrizione.

Figura 1. — Apparecchio per la illuminazione per trasparenza del condotto laringo-tracheale

L'effetto è dei più suggestivi: poichè sembra che una fonte illuminante dalla trachea mandi n suoi raggi intorno, specialmente in alto, e, dato che la parti in esame sono molto vascolarizzate, esse acquistano un colorito rosso di fuoco caratteristico. In breve si raggiunge la pratica necessaria alla manovra; poichè basta fare l'oscurità completa nell'ambiente e applicare il consueto specchio laringeo, senza, naturalmente, fotoforo frontale: in poco tempo ci si rende conto perfetto della topografia, dei rilievi da prendere, dell'importanza che assumono, data la diversa fonte luminosa, le ombre nell'imagine laringoscopica.

Mentre nella ordinaria laringoscopia noi vediamo le corde vocali vere lucenti e compatte, col metodo di cui discorriamo esse divengono diafane e la loro trasparenza in tutto il loro ambito assume carattere di normalità; poichè il loro tralucere permette di scoprire qualsiasi più piccolo ispessimento come qualcosa di torbido e di opaco.

Del resto questo metodo era stato già tentato quando gli scarsi mezzi tecnici non potevano fornirgli che scarso appoggio.

Lo Czermak, l'apostolo della laringoscopia, aveva già indicato questa illuminazione, avendo osservato che quando con lo specchio concavo o con una lente si concentra la luce solare sopra taluni punti del collo, le singole parti della laringe vengono talora così bene illuminate, che presentano un colore rosso vivo e riescono ottimamente distinte.

Secondo l'A. questa illuminazione avrebbe potuto essere usata con vantaggio per giudicare la spessezza delle corde vocali — la quale varia secondo le condizioni fisiologiche o patologiche — come pure certi disturbi delle parti, la profondità di talune alterazioni della trachea.

Ma fu il Voltolini il vero fautore entusiasta di tal metodo di esame, sebbene si dovesse valere o della luce solare o di una batteria elettrica di Brade. Egli faceva notare che l'illuminazione per trasparenza è un potente ausilio per accertare se una neoformazione sulle corde vocali sia di natura benigna o maligna: la prima appare come « sollevata » dalla corda, senza approfondarsi in essa.

Anche il Massei (1878) pensava dovesse riuscire utile la illuminazione per trasparenza della trachea estratoracica.

Il Voltolini ha dedicato a tal metodo un breve capitolo del suo classico libro *L'uso della galvanocaustica nell'interno della laringe, ecc.* (Torino, Loescher, 1874, 111), ove fra l'altro dice: « Finora l'illuminazione per trasparenza fu poco adoperata, e piuttosto quale una curiosità scientifica, che come mezzo serio di diagnostico, ed io stesso mi faccio questo rimprovero: ma confesso che i risultati sono così sorprendenti, che quando sarà meglio conosciuta ed entrata fra le comuni pratiche della chirurgia sarà di grande vantaggio alla scienza ed all'arte.

Mentre io sto scrivendo queste cose ho in cura una ragazza la quale è affetta da polipo mammellonato sul margine libero della corda vocale destra. La luce solare concentrata produsse il più meraviglioso rischiaramento per cui furono visibili e trasparenti non solo le corde vocali, ma lo stesso neoplasma, cosicchè si potè avere del suo volume e posizione il migliore avviso possibile. Ma che più: con questo metodo non solo si può osservare l'unione del tessuto poliposo col tessuto della corda vocale, ma se ne osserva in modo esatto il suo limite d'impianto: difatti siccome la trasparenza maggiore corrisponde alla trachea, così con la visione dall'alto nello specchietto laringoscopico i polipi e neoplasmi si osservano alquanto più oscuri sopra un fondo illuminato, come le montagne poste all'ovest al cadere del sole. In molti casi di operazione e segnatamente allorquando il tumore risiede al di sotto delle corde vocali e queste sono ipertrofiche, io ritengo non vi possa essere miglior modo di rischiarare l'operatore » (1).

Oltre che nella pratica corrente, la transilluminazione laringo-tracheale potrà dare utili risultati in alcune ricerche speciali: così un proficuo campo di azione sarà quello della fonetica sperimentale.

Molti atteggiamenti del tratto faringo-laringeo nella voce e nel canto saranno precisati dalla illuminazione per trasparenza; ad esempio, la funzione del velo pendulo nella fonazione, di cui si è tanto discusso. Soltanto nel prounciare l'*a* e l'*e* la bocca può essere tenuta aperta e si può osservare il velo; nelle altre vocali la bocca è tenuta più o meno chiusa e sarà efficace il controllo della vista, mediante il chiarore dal basso.

Figura 2. — L'apparecchio per la trans illuminazione della laringe applicato per l'esame, mediante una fascia elastica intorno al collo.

Dobbiamo infine rassicurare quanti potrebbero preoccuparsi dei danni indotti dal sovrariscaldamento della lampadina applicata sulla regione anteriore del collo: ora il calore che emana da quella fonte luminosa è minimo e, in ogni modo, si può sorvegliare, interrompendo anche di quando in quando — per evitare pure la possibile fusione della lampada — la corrente e concedendo all'apparecchio e al malato un breve riposo. La transpezione della laringe, come l'abbiamo proposta, è dunque affatto innocua.

---

(1) Il Voltolini tenne anche una conferenza dal titolo: *Die Durchleuchtung des Kehlkopfes und anderer Höhlen des menschlichen Körpers* alla Soc. med. per la *Vaterland-Cultur* (in Monatssch. für Ohrenh., 1888, n. 11).

NOTE E CONTRIBUTI.

Il metodo della ascoltazione delle risonanze plessiche a inspirazione ed espirazione forzata per giudicare sullo stato funzionale degli apici pulmonali.

Nota Semeiotica del dott. PIETRO TILLI.

Da quando Auenbrugger e Laënnec inventarono la percussione e la ascoltazione, le malattie del torace non più conservarono per noi quel loro mistero che travagliò le menti dei nostri padri (Morgagni, Boerhaave, Zimmermann, Rozière de la Chassagne, ecc.) e che faceva scrivere al Baglivi: « O quantum difficile est curare morbos pulmonum! « O *quantum difficilius eosdem cognoscere* et de iis certum dare presagium. ». E la eccellenza di tali conquiste semeiotiche rimane incontestabile ed è anche oggi come sempre riconosciuta dai nostri sommi (Murri): stanno come pietre miliari.

In seguito per prima, pur volendo considerare come precursori Commann and Clark, circa mezzo secolo fa Noël Gueneau De Mussy studiò un mezzo di esame fisico del petto che consiste nell'impiego dell'ascoltazione combinata alla percussione e che chiamò ascoltazione plessimetrica. La tecnica ne è semplice e la riassumo da Fernet. Il paziente sta in posizione assisa, le braccia pendule ai lati del corpo, gli avambracci poggiati sulle ginocchia, in completo rilasciamento muscolare. L'osservatore si situa alla destra, e ascolta successivamente la fossa sopra e sotto-spinosa, mentre percuote col medio della mano destra curvo ad uncino un punto diametralmente opposto sulla clavicola, o dello sterno, o d'una costola. L'orecchio in condizioni normali del pulmone sottostante percepisce un rumore speciale, di una certa durata, con inizio secco breve e un seguito vibrante — rumore paragonabile a quello che si ottiene, battendo sul ginocchio le due mani unite per i cavi; o meglio simile a quello che si produce, percuotendo sul terzo metacarpo della mano applicata sull'orifizio del condotto uditivo esterno. Invece quando il parenchima pulmonale è modificato nella sua qualità e consistenza fisica, allora il rumore che si ascolta è breve, secco, matto, — simile all'altro che si avverte nel fare una percussione sull'apofisi mastoide. Questi i segni, e il loro valore diagnostico, specie nei casi di tubercolosi iniziale degli apici, è tutt'altro che trascurabile come da alcuni critici si volle (Grancher, Eichorst); anzi la loro ricerca sistematica — me ne son convinto — rappresenta un sussidio fisico complementare prezioso (Fernet, Blond, Larcher). Ciò non pertanto riconosce lo stesso Fernet: « ... nei casi « di lesioni leggiere dei pulmoni, come nel periodo di inizio della germinazione tubercolare, « le modifiche del rumore sono poco accusate e « abbisognano di una più grande attenzione per « constatarli... ».

Nell'esplorare precisamente con tutti i mezzi fisici-clinici a nostra disposizione la regione degli apici pulmonali sulla cosiddetta *zona di allarme* dello Chauvet per la tubercolosi mi sono avvalso sempre anche di quello dianzi descritto.

Ad esso però non mi sono arrestato, nè mi son potuto contentare; le difficoltà stesse di percepire le sfumature di tonalità mi hanno indotto a ricercare i fenomeni del suono trasmesso, modificando le condizioni fisiche del mezzo di trasmissione delle onde sonore, e stabilendo una nuova modalità di tecnica, di facile esecuzione, alla portata di ogni medico; e che mi ha fornito elementi di molta precisione; come ognuno potrà giudicare, provando.

Scopo di questa breve nota è di riportare la maniera come eseguo l'esame.

È da circa un decennio che nel saggiare la funzionalità degli apici pulmonari per malattie diverse, mi avvalgo di questo metodo di esplorazione clinica, non descritto nei manuali e classici trattati di semeiotica (vedi note bibliografiche), con le modalità come io pratico, procedendo nel modo seguente:

1° Mentre eseguo una percussione leggiera immediata sul terzo medio della clavicola, ascolto indietro sull'emitorace corrispondente e più particolarmente sulla zona che trovasi sulla linea che congiunge l'apofisi spinosa della settima vertebra cervicale col tubercolo interno della spina dell'omoplata: e *questo primo tempo di percussione ascoltata lo eseguo durante la pausa fra due atti respiratorii;*

2° Quindi in un secondo tempo invito il paziente ad eseguire un'ampia e profonda inspirazione e a trattenere il respiro, *praticando proprio durante il massimo della fase inspiratoria trattenuta la percussione, ascoltando le modifiche di tonalità.*

3° Infine in un terzo tempo fo espirare il paziente e *nel massimo della espirazione eseguo una terza percussione ascoltata.*

Diversi potranno essere i risultamenti delle percezioni auditive nei tre tempi, e cioè:

a) la percussione potrà non cambiare di tono nei tre diversi tempi dell'esame; *b*) essa potrà subire un mutamento cospicuo di tonalità fra il massimo della inspirazione e il massimo della espirazione; *c*) si potranno avere anche casi, in cui nella inspirazione forzata, non si hanno mutamenti di ascoltazione al paragone del periodo di pausa fra due atti respirato-

rii, mentre all'espirazione forzata la percussione si ascolta mutata nel suo tono.

Nel primo caso giudico che il mezzo di trasmissione delle onde sonore non cambi di densità per l'entrata e l'uscita dell'aria, e cioè che il parenchima pulmonale non subisce nessuna influenza per gli atti della respirazione, non distendendosi per l'entrata dell'aria, nè afflosciandosi per la fuoriuscita di essa (stato di affezione apicale, atelettasia, addensamento infiammatorio, infarcimento, stato fibroso, retrazione, ecc.).

Nel secondo caso il gioco dell'aerazione, mostra tutto il suo peso nel far mutare le condizioni di consistenza del mezzo di trasmissione delle onde sonore e quindi ci indica che il tessuto pulmonare, subendo l'azione della ventilazione respiratoria, trovasi nello stato di normale funzionalità.

Nel terzo si deve pensare che il pulmone trovasi in uno stato continuo di massima distensione dei suoi alveoli, i quali non comportano una ulteriore espansione con l'ispirazione forzata, mentre nell'espirazione si verifica un qualche afflosciamento, stato del parenchima che può parlarci per zone enfisematiche.

Questa mia descrizione è schematica per necessità di chiarezza; ma si comprende come variazioni e combinazioni svariate possono intervenire, specie rilevabili, paragonando fra i due lati; paragone che bisogna sempre istituire per raccoglier dati differenziali di importanza. E in tutti i casi ho notato che i segni fornitimi dalla *percussione-ascoltata* praticata alla maniera descritta, mi sono stati più precisi, sicuri e precoci di quelli dati dalla sola ascoltazione e dalla semplice percussione, hanno in ogni caso avvalorato quelli già raccolti, allontanando le dubbiezze.

Questo metodo mi ha fornito col senso dell'udito, i dati che la radioscopia ci dà col senso della vista. E come lo schermo radioscopico fa vedere l'entrata dell'aria in zone degli apici sane, le quali si rischiarano alla inspirazione profonda, così la percussione ascoltata mi dà la sensazione netta auditiva della permeabilità del parenchima pulmonare degli apici all'aria, *proprio nei momenti in cui nelle soste dell'atto respiratorio, l'orecchio non viene distratto o confuso dalla fuoriuscita o entrata della medesima attraverso* i *bronchi o attraverso zone viciniori di parenchima sano*.

Proprio qui sta il punto differenziale fra l'ascoltazione plessimetrica del Guéneau De Mussy, e l'*ascoltazione delle risonanze plessiche*, praticata con la tecnica da me modificata. Egli non tenne conto che del carattere del tono che si percepisce su un parenchima sano, o su quello, addensato per qualsiasi fattore patologico, prescindendo dalla respirazione. Mentre io, proprio sulle fasi dell'atto del respiro arrestato, fondo la mia ricerca, e domando un elemento nuovo di giudizio all'atto della respirazione, esplorato dopo che questo abbia raggiunto la sua fase statica massima e minima: sicchè la mia manovra semiologica tende a saggiare la funzionalità degli apici pulmonari col raccogliere all'infuori del respiro sensazioni acustiche che segnalino con chiarezza fino a che punto il parenchima in esame è permeabile all'aria.

A vero dire le quante volte, specie durante il servizio militare, mi fu data l'opportunità di giovarmi del controllo radioscopico per i resultamenti del mio esame, ho potuto con soddisfazione constatarne la perfetta concordanza. Ciò mi apparve la migliore conferma e prova della utilità del mio metodo, tanto più consigliabile poi, perchè esso non richiede speciali attrezzamenti, o istrumentario, perchè può essere praticato da per tutto e da tutti, non domandando che un po' di tempo in più, un po' di attenzione e un udito che abbia per una volta tanto raccolto le speciali sensazioni acustiche.

Gessopalena (Chieti), 11 giugno 1920.

NOTE BIBLIOGRAFICHE.

AUENBRUGGER. *Inventum novum expercussione thoracis humani ut signo obstrusos interni pectoris morbos detegendi.*

BAGLIVI. *De praxi medica*, libri quatuor, — Romae, 1696.

BARTH et ROGER. *Traité pratique d'auscultation suivi d'un précis de percussion* 1870. — *Traité d'auscultations*, 1893.

A. BLOND. *De la transonnance pulmonaire, etc.*, in *Thèse inaug.* Paris, 1887.

BOERHAAVE. Aphorismi.

ST. CHAUVET. *Séméiotique de la fosse sus-épineuse zone d'alarme dans la tuberculeuse*, in *Presse méd.*, n. 103, anno 1912.

COMMANN and CLARK. *A new mode of ascertaining the dimensions, form and condition of internal organs by percussion and auscultation*, in *New York Jour. of. méd. and Surg.*, luglio 1840.

EBSTEIN. *Palpatoriche Percussion*, citato da Rist

CH. FERNET. *De l'auscultation plessimètrique*, in *Presse méd.*, n. 103, 1912.

FRANZ. *Praxeos medicae precepta universa*, edit. Lipsiae, 1826-1832.

FLINT. *Physical exploration of the lungs by means of auscultation and percussion.* Philadelphia, 1882.

GRANCHER. *Maladies de l'appareil respiratoire.* — Paris, 1890.

GUENEAU DE MUSSY. *France médicale.* luglio 1875; *Union médicale*, 1876; *Clinique médicale*, 1885, t. IV.

GUTTMANN. *Lehrbuch der Klinichen Untersuchungs-Methoden.* — Berlin, Hirschwald, 1881

MA. HERZ. *Stumme Percussion*, in *Zentralblatt f. innere méd.*, 1909, n. 1.
LAENNEC. *Traité de l'auscultation médicale*. 2e édit., 1826.
LARCHER. *De la transonnance thoracique. Thèse de Paris*, 1895.
MORGAGNI. *De sedibus et causis morborum.*
MURRI. *Sulla diagnosi di tubercolosi pulmonare*, in *Il Policlinico*, anno 1917, n. 43.
PIORRY. *Traité de plessimétrisme et d'organografisme.* — Paris, A. Delahaye, 1866.
PLESCH. *Einiges über Percussion*, in *Deutsches Arch. Klin. Med.*, vol. XCIII.
M. E. RIST. *Percussion thoracique, etc.*, in *Presse médicale*, 1911, n. 100.
ROZIÈRE DE LA CHASSAGNE. *Manuel des pulmoniques.*
SAHLI. *Metodi di esami clinici.* — Vallardi.
SKODA. *Abhandlung über Perkussion und Auscultation.* 6ª edizione. — Vienna.
STOLL. *Ratio medendi.* Prima parte.
WOILLEZ. *Traité théorique et clinique de percussion et d'auscultation.* — Paris, 1879.
ZIMMERMANN. *Trattato dell'esperienza.*

La malaria nell'Istria media durante il 1919.

Osservazioni sulla campagna larvicida

per il dott. M. GIOSEFFI (1).

In linea generale l'infezione malarica ha presentato nell'Istria media durante la passata annata epidemica le caratteristiche di una straordinaria mitezza, di una scarsa intensità e diffusibilità a differenza dell'epidemia del 1917 e 1918 che aveva i caratteri d'estrema gravezza e di vasta diffusione causata dalle condizioni prodotte dalla guerra (2).

Complessivamente i casi controllati microscopicamente nella mia zona comprendente 15 località con 2196 abitanti si possono raggruppane nel seguente prospetto:

Preparati esaminati		Positivi per la			dalla goccia spessa
		terz. prim.	quartana	est.-ant.	
		—	—	—	—
Nel mese di:					
giugno . .	131	15	2	1	—
luglio. . .	342	11	4	2	—
agosto. . .	480	25	3	4	3
settembre .	294	31	3	3	—
ottobre . .	146	9	—	1	1
novembre .	115	8	—	—	—
Somme	1502	99	12	11	4

Infezioni primitive indubbie non si possono registrare quest'anno tra la popolazione sessile. Per avere dei criteri per non dubbie infezioni primitive dell'annata, devo ricorrere alle osservazioni fatte nell'ospedale da campo 003, nel quale durante il mese di ottobre vennero accolti parecchi militi affetti da terzana primaverile, certamente primitiva, contratta nella terza decade del settembre nelle zone ove prestavano servizio, casi non dubbi perchè si trattava di soggetti che non avevano in precedenza mai sofferto di febbri e che durante gli anni 1916, 1917 e 1918 erano prigionieri nell'alta e nella bassa Austria, nel Baden, a Colonia, a Muenster, nella Baviera, regioni notoriamente non malariche. Forse una piccola parte delle infezioni del settembre osservate nella zona potrebbero costituire delle infezioni primitive.

Queste osservazioni d'infezioni primitive nel settembre avanzato trovano la loro spiegazione nelle vicende meteoriche della stagione. Come risulta dallo specchietto delle osservazioni termometriche cortesemente forniteci dal ch. dott. Gh. Catani, direttore del Gabinetto di chimica dell'Istituto sperimentale d'agricoltura, noi avemmo nel giugno due sole settimane dove la temperatura si aggirava attorno il 20° C. La temperatura favorevole allo sviluppo dell'anofele si può dire essere cominciata appen gli ultimi di luglio ed ai primi di agosto. Se noi calcoliamo i 25-27 giorni necessari per lo sviluppo dell'anofele dall'uovo all'insetto alato, noi la settimana necessaria per lo sviluppo dei parassiti nello stomaco della zanzara e vi aggiungiamo il periodo d'incubazione o di prima latenza dell'infezione, noi veniamo alla conclusione che prima della seconda metà di settembre non erano da aspettarsi per la annata decorsa delle infezioni primitive. Queste condizioni meteoriche straordinariamente favorevoli, quando si pensi che la campagna non si poteva iniziare prima della metà di luglio, spiegherebbero probabilmente la mancata epidemia estivo-autunnale, come in genere la straordinaria mitezza presentata dalla malaria nell'annata decorsa. Difatti non abbiamo avuto nessun caso di perniciosa e la proporzione tra terzana mite e terzana grave è rappresentata:

per il giugno	da 15	:	1	=	150	:	100
per il luglio	da 11	:	2	=	550	:	100
per l'agosto	da 25	:	4	=	500	:	100
per il settembre	da 31	:	3	=	1030	:	100
per l'ottobre	da 9	:	1	=	900	:	100
per il novembre	da 8	:	—		—		—
per tutta l'annata	da 99	:	11	=	900	:	100

mentre nel 1918 la proporzione tra terzana mite e terzana grave era:

nel giugno	di 13	:	5	=	220	:	100
nel luglio	di 23	:	10	=	230	:	100
nell'agosto	di 21	:	20	=	105	:	100
nel settembre	di 5	:	15	=	33	:	100
nell'ottobre	di 6	:	16	=	37	:	100
per tutta l'ann. 1918	di 68	:	66	=	100	:	100

(1) Dalla relazione presentata al R. Commissariato generale civile per la Venezia Giulia.

(2) Cfr. GIOSEFFI: *La fiammata malarica nell'Istria media durante la guerra.* - G. O. e C., 1919, n. 22.

È mancata poi inoltre l'epidemia della quartana.

Dieci malarici quartanari del 1918 risultarono quest'anno affetti da terzana primaverile.

Non tutte le infezioni erano da considerarsi autoctone; in alcuni adulti si trattava di recidive di infezioni contratte durante il servizio militare al Piave, sul fronte rumeno, in Albania.

Alle mie cifre penso utile aggiungere anche i dati relativi alle altre due zone limitrofe, di quella che verso mezzogiorno si estende fino al Canale di Leme, dove la lotta si compie da oltre un decennio (zona I) e di quella verso settentrione (zona III) che va fino al fiume Quieto, inclusa appena dopo la redenzione il 1919 nella zona il risanamento (Cfr. prospetto tabellare).

In tutta la regione malarica tra il Canale di Leme ed il Quieto comprendente 38 località con 6752 abitanti si ebbero complessivamente 259 terzane primaverili, 29 quartane, 20 estivo-autunnali con un indice epidemiologico di 1295 : 100.

I portatori di parassiti riscontrati nel 1919 non raggiunsero l'uno per cento di fronte al 10 per cento sui colpiti nel 1918.

Alcuni stati febbrili osservati nel luglio e nell'ottobre erano riferibili a qualche leggera forma grippale o di angina. In un bambino una infezione di terzana mite era assosciata a morbillo, in una malata un accesso di terzana primaverile era stato provocato da una iniezione tubercolinica.

Nella regione funzionavano tre *ambulatori* con unita refezione di cura giornaliera. Le razioni giornalmente somministrate consistevano in 35 gr. di riso, 34 gr. di pasta, 20 gr. di farina, 70 gr. di pane, 30 gr. di biscotto. Ad integrazione della refezione vennero distribuiti ai bambini più gravemente colpiti pacchetti di farina alimentare, pacchetti di biscotti maltizzati, di semolino di riso, di pasta glutinata, vasi di latte sterilizzato.

I preparati di chinino somministrati furono il bisolfato di chinino ed il cloridrato in forma di pasticche zuccherate e le compresse di chinino ferro-arsenico.

In linea generale mi attenni alle istruzioni del C. S., in molti casi però dovetti aumentare la dose e prolungare la durata della cura intensa.

Come preparato ricostituente fu bene accetto lo sciroppo Ruspini. Non arrise tale fortuna alla mistura Baccelli. A parecchi malati somministrai le goccie arsenicali del Fowler. Molto giovamento ebbi nelle splenomegalie dall'adrenofer del prof. Sclavo.

La chinino-resistenza.

Non ostante l'attuazione di tutte le provvidenze antimalariche in molti casi clinicamente accertati come infezioni malariche, però con reperto parassitario negativo, si ebbe, quantunque fossero chininizzati, ad un successivo esame fatto dopo l'ingestione del farmaco, reperto parassitario positivo. Pare che quei malati non prendessero il chinino nella dose prescritta, ma una molto inferiore in modo che questa dose frazionata può avervi agito come dose stimolante, come dose eccitatrice, provocandovi l'insorgenza dell' accesso febbrile con disseminazione di parassiti nel sangue circolante. Quale sia stata la dose eccitatrice in quei casi non è facile dimostrare, se pure abbia fondato motivo di ritenere che anche la dose di 10, 20 e 25 centigr. abbia agito da dose stimolante.

Questo fatto della comparsa della febbre dopo l'ingestione del chinino si verificò talvolta anche senza disseminazione di parassiti nel sangue circolante; taluno dei colpiti mi diceva chiaramente: « Prendo il chinino e mi viene la febbre! ». A spiegare questo fenomeno non restava che ricorrere al concetto della anafilassi provocata dalla ingestione di piccole dosi prese in precedenza ed irrazionalmente; era questo un fenomeno relativamente frequente, del quale nelle considerazioni epidemiologiche conveniva tenere il debito conto. Quelle febbri non erano semplicemente vere recidive malariche nel senso stretto della parola, ma reazioni anafilattiche da chinino in malarici-cronici recidivi.

In due località dove i bambini prendevano regolarmente il chinino davanti il vigile prima che venisse distribuita la refezione, tale fatto non si constatava; avvenne frequentissimo invece nelle località più deserte ed abbandonate. In vero era il caso di dire che la chinino-resistenza si è qui rivelata proporzionata al grado di analfabetismo e di inferiorità psichica della popolazione.

Per la *propaganda antimalarica* vennero illustrati in una riunione di maestri i punti fondamentali sui quali si impernia la lotta antimalarica, l'importanza della cura sanatoriale dei bambini per i quali il Governatoriato della Venezia Giulia aveva arredato l'ampio castello di Spessa e richiamata l'attenzione sul decreto Riccio riflettente la bonifica dei piccoli Comuni rurali.

Per la *lotta contro le zanzare* si usò largamente la petrolizzazione degli stagni, delle pozze, degli acquitrini, delle minime raccolte d'acqua superficiali, quando quell'acqua non serviva anche a scopo potabile; in uno stagno vennero immersi dei pesci larvofagi. Le bombe fumogene non ebbi campo di sperimentare. Alcune famiglie più evolute fecero uso degli zampironi. La *protezione meccanica* incontrò delle difficoltà a causa del costo elevato della mano d'opera, della mancanza di legname per la confezione di telai, nonchè per l'apatia di alcuni proprietari terrieri.

Alcune osservazioni sulla campagna larvicida.

Nel giugno le larve di anofele nelle acque superficiali non erano facili a riscontrarsi. Singoli esemplari si rinvennero i primi di luglio. Gli insetti alati erano invece abbastanza numerosi nelle stalle. In uno stagno petrolizzato il 15 agosto le larve d'anofele erano il 5 settembre ricomparse numerose.

In un altro stagno non petrolizzato le larve d'anofele erano alla fine di agosto numerose; con l'abbassamento della temperatura nel settembre si rinvennero invece solo in pochi esemplari ai bordi soleggiati dello stagno, mentre le sponde ombrose dello stesso, anche attorno una vegetazione d'alghe, ne erano prive. Essendosi nel frattempo gli abitanti provveduti di acqua potabile della città, la raccolta venne abbondantemente petrolizzata e le larve scomparvero durevolmente.

In uno stagno sito in prossimità di alcuni casolari isolati, non ostante esso fosse bene petrolizzato il 15 agosto e si fosse poi prosciugato in modo che non rimasero che delle piccole raccolte di acqua in corrispondenza delle impronte delle pedate delle mucche, si rinvennero in queste il 7 settembre parecchie larve di anofele. Venne di nuovo petrolizzato; il 29 settembre, dopo le pioggie abbondanti, non si rinvennero più nè larve di *culex*, nè larve di anofele.

In una pozza sotto un tombino stradale che rappresenta un pericoloso e permanente focolaio anofelico per la località adiacente, si rinvennero il 7 settembre numerose larve di anofele non ostante l'abbondante petrolizzazione fatta il 18 agosto.

Dopo alcuni abbondanti acquazzoni scatenatisi dal 19 al 22 settembre tutte le conche, tutti gli stagni, che durante i mesi secchi del luglio e dell'agosto si erano prosciugati, si riempirono di acqua, come si formarono nuovi acquitrini nelle cunette stradali, nei fossati campestri, sotto i tombini stradali, sugli stradoni campestri, tra l'erba; in tutte queste nuove raccolte già il 23 settembre si trovavano a migliaia le larve di *culex*.

Uno stagno sito quasi in una conca riparata dai venti, divenuto, per le abbondanti pioggie cadute, quattro volte maggiore, quantunque fosse stato petrolizzato una prima volta il 15 agosto, poi il 5 settembre, presentava il 29 settembre, ai bordi dove la temperatura dell'acqua era più elevata di nuovo larve e crisalidi d'anofele appartenenti evidentemente a nuove generazioni.

Due stagni furono invece dopo le pioggie trovati anche senza larve di *culex*: l'uno sito in posto elevato, esposto ai venti di terra e di mare, dall'acqua continuamente mossa, senza ripari di alberi e di fronde, e l'altro per essere stato molto abbondantemente petrolizzato.

In uno stagno popolato di pesci, distante qualche centinaio di metri dal caseggiato, non fu dato di riscontrarvi mai durante tutta la stagione nè larve di *culex*, nè larve di anofele, neppure alle sponde tra la scarsa vegetazione palustre, esistente per qualche tratto di sponda piuttosto ripida, sistemata, contrariamente a quanto si verificava invece in uno stagno adiacente al bacino della ferrovia di Parenzo, pure popolato di pesci, dove però alle sponde basse, con uno strato d'acqua non superiore a due dita, tra la vegetazione di canne palustri, si potevano rinvenire larve di anofele non ostante la presenza di pesci, evidentemente perchè sin là, per la poca profondità, questi non vi potevano giungere.

Dei pesci (oltre una cinquantina) pescati in questo stagno furono immessi in un altro stagno nel quale furono trovate il luglio numerose larve di anofele. Durante tutta la campagna non si rinvennero più nè larve di *culex* nè larve di anofele, neppure dopo le pioggie cadute la fine del settembre. Date le sponde declivi dello stagno non si erano formate neppure delle raccolte di acque superficiali all'intorno di esso.

In una raccolta d'acqua superficiale con pochissima acqua formatasi dopo la pioggia del 1° ottobre in una cava di pietra esposta a mezzogiorno, si rinvennero *ancora il 7 ed anche il 13 ottobre* oltre a larve di *culex* parecchie larve di anofele.

In una pozza sotto un tombino, in alcuni fossati privi di drenaggio accanto ad un fontanile, la cui acqua si infiltra nel sottosuolo e nella vegetazione palustre all'intorno, che il 3 agosto dopo la petrolizzazione era privo di

larve, si notava il 7 ottobre dopo alcune recenti pioggie una nuova comparsa di larve di *culex* e parecchie larve d'anofele. L'acqua stagnante intorno ai bacini risultò dopo le pioggie autunnali popolata solo di numerose larve di *culex*.

Date le temperature basse dell'ottobre difficilmente quella generazione di larve di anofele riscontrate nelle raccolte d'acqua neoformatesi. dopo le pioggie del settembre, era destinata a schiudersi. Stando anche alle esperienze degli altri anni solo accezionalmente, ed in singole località particolarmente soleggiate, le generazioni di larve che si formano nell'ottobre dovrebbero riuscire pericolose e divenire fattori di una nuova recrudescenza epidemica.

La *piccola bonifica* incontrò una duplice difficoltà: la poca o nessuna coscienza antimalarica degli abitanti e degli Enti locali, la malaria cronica delle casse comunali.

Dalle osservazioni raccolte penso si possa giungere alla conclusione che per vincere le ritrosie da parte dei proprietari e degli Enti locali nell'attuare la protezione meccanica e le opere di piccola bonifica convenga estendere senz'altro la legislazione antimalarica vigente nel Regno anche alle Terre Redente.

TEMPERATURA MASSIMA E MINIMA — OSSERVAZIONI FATTE A PARENZO.

(*Istituto Agrario, alle ore* 8 *ant.*, *tempo estivo*).

Giugno —	Massima gradi	Minima gradi	Luglio —	Massima gradi	Minima gradi
1	23	15	1	24	19
2	24	17	2	24	20
3	22	16	3	26	18
4	23	11	4	26	16
5	17	10	5	26	18
6	18	13	6	27	19
7	21	14	7	28	20
8	23	15	8	28	21
9	24	17	9	30	22
10	25	18	10	28	19
11	26	20	11	28	19
12	29	21	12	28	20
13	28	20	13	29	20
14	28	21	14	28	20
15	29	20	15	26	18
16	27	20	16	21	16
17	28	19	17	21	16
18	27	20	18	24	16
19	28	19	19	26	17
20	29	20	20	26	18
21	28	19	21	28	19
22	28	21	22	23	15
23	29	20	23	23	17
24	29	20	24	26	14
25	22	11	25	22	15
26	20	14	26	22	17
27	19	14	27	24	15
28	22	13	28	24	17
29	22	15	29	26	20
30	24	18	30	26	19
—	—	—	31	26	18

TEMPERATURA MASSIMA E MINIMA — OSSERVAZIONI FATTE A PARENZO.

(*Istituto Agrario, alle ore* 8 *ant.*, *tempo estivo*).

Agosto —	Massima gradi	Minima gradi	Settembre —	Massima gradi	Minima gradi
1	26	17	1	26	17
2	25	17	2	25	17
3	27	21	3	25	18
4	27	18	4	25	18
5	27	20	5	26	19
6	28	20	6	26	19
7	28	20	7	26	18
8	28	18	8	26	20
9	28	18	9	28	20
10	26	19	10	28	20
11	29	20	11	27	20
12	28	23	12	27	20
13	30	24	13	27	18
14	30	22	14	26	18
15	29	22	15	25	19
16	29	24	16	26	20
17	29	22	17	26	20
18	28	21	18	28	20
19	29	21	19	27	19
20	28	22	20	27	19
21	28	21	21	24	17
22	29	22	22	20	10
23	29	20	23	19	8
24	28	20	24	17	12
25	28	20	25	22	16
26	28	19	26	22	15
27	25	20	27	21	16
28	27	21	28	22	17
29	27	20	29	24	17
30	27	21	30	24	18
31	29	20	—	—	—

TEMPERATURA MASSIMA E MINIMA — OSSERVAZIONI FATTE A PARENZO.

(*Istituto Agrario, alle ore* 8 *ant.*, *tempo estivo*).

Ottobre —	Massima gradi	Minima gradi	Novembre —	Massima gradi	Minima gradi
1	24	18	1	11	6
2	25	19	2	11	8
3	20	16	3	11	6
4	22	16	4	11	7
5	22	16	5	13	8
6	21	16	6	16	9
7	21	15	7	16	10
8	21	15	8	15	11
9	21	14	9	16	11
10	19	9	10	16	11
11	15	5	11	15	8
12	14	5	12	13	6
13	13	7	13	10	5
14	15	10	14	9	3
15	17	13	15	10	4
16	18	13	16	10	7
17	15	6	17	11	—
18	9	5	18	5	2
19	12	9	19	7	1
20	13	9	20	9	4
21	13	5	21	10	8
22	15	6	22	9	1
23	13	6	23	8	2
24	13	8	24	8	4
25	15	10	25	10	5
26	15	8	26	14	5
27	14	8	27	13	6
28	13	9	28	12	7
29	12	5	29	12	7
30	12	5	30	13	8
31	12	4	—	—	—

	LUGLIO					AGOSTO				
	Terzana prim.	Quartana	Estivo-autunn.	Positivo dalla goccia spessa	Proporz. tra terz. mite e terz. grave	Terzana prim.	Quartana	Estivo-autunn.	Positivo dalla goccia spessa	Proporz. tra terz. mite e terz. grave
Zona I comprendente 29 località con 2456 abitanti. . . .	8	1	1	—	800 : 100	22	—	3	—	730 : 100
Zona II comprendente 15 località con 2196 abitanti	11	4	—	2	11 : 0	21	4	4	2	520 : 100
Zona III comprendente 3 località con 2100 abitanti. . . .	19	1	—	—	19 : 0	20	—	—	—	2000 : 100
Regione malarica tra il Leme ed il Quieto.	38	6	1	2	3800 : 100	63	4	7	2	900 : 100

	SETTEMBRE					OTTOBRE				
	Terzana prim.	Quartana	Estivo-autunn.	Positivo dalla goccia spessa	Proporz. tra terz. mite e terz. grave	Terzana prim.	Quartana	Estivo-autunn.	Positivo dalla goccia spessa	Proporz. tra terz. mite e terz. grave
Zona I comprendente 29 località con 2456 abitanti. . . .	29	8	2	1	1450 : 100	31	2	1	4	3100 : 100
Zona II comprendente 15 località con 2196 abitanti	21	3	1	—	2100 : 100	6	—	1	—	600 : 100
Zona III comprendente 3 località con 2100 abitanti. . . .	21	3	—	—	21 : 0	18	—	4	—	450 : 100
Regione malarica tra il Leme ed il Quieto.	71	14	3	1	2360 : 100	55	2	6	4	910 : 100

	NOVEMBRE					IN TOTALE				
	Terzana prim.	Quartana	Estivo-autunn.	Positivo dalla goccia spessa	Proporz. tra terz. mite e terz. grave	Terzana prim.	Quartana	Estivo-autunn.	Positivo dalla goccia spessa	Proporz. tra terz. mite e terz. grave
Zona I comprendente 29 località con 2456 abitanti. . . .	13	2	2	8	650 : 100	103	13	9	13	1144 : 100
Zona II comprendente 15 località con 2196 abitanti	16	1	1	—	1600 : 100	75	12	7	4	1071 : 100
Zona III comprendente 3 località con 2100 abitanti. . . .	3	—	—	—	300 : 100	81	4	4	—	2025 : 100
Regione malarica tra il Leme ed il Quieto.	32	3	3	8	1070 : 100	259	29	20	17	1295 : 100

OSSERVAZIONI CLINICHE.

ISTITUTO ANATOMOPATOLOGICO
DELLA R. UNIVERSITÀ DI PAVIA.
diretto dal prof. A. MONTI.

Neurite acustica nelle meningiti.

Nota del dott. GIUSEPPE MILESI (Bergamo).

Uno dei sintomi rilevabili frequentemente nelle meningiti e specialmente nelle meningiti cerebro-spinali, è la alterazione dell'udito. La cofosi la si riscontra assai frequente e talvolta, nelle meningiti cerebro-spinali che passano a guarigione, è persistente per molti mesi e talora anche definitivamente. Ma non solo; taluni ammalati di meningite cerebro-spinale restano affetti da sordità assoluta e permanente; e quando ciò si verifica in bambini della prima età, la sordità è causa anche di mutismo.

Gradenigo in una sua comunicazione dal titolo: « Le sordità nella meningite cerebro-spinale (*Giornale Reale Acc. Med.* Torino 1893) da cifre ricavate da 23 resoconti clinici di varii autori, dice di aver trovato che su 2247 casi di sordità nervosa, 154 (6,8 %) furono provocate da meningite cerebro-spinale. Ancora Gradenigo ne trovò in un sol anno 39 casi fra i malati curati al Policlinico di Torino nella sezione delle malattie dell'orecchio. Airoldi su 6000 ammalati di orecchio osservati dal 1894 al 1904 nell'Ospedale Maggiore di Milano, avrebbe riscontrato 217 casi di sordità da attribuirsi alla meningite cerebro-spinale e 31 casi su 2000 da lui osservati fra gli ammalati d'orecchio presentatisi alla sezione otorinolaringoiatrica dell'Istituto Sanitario Palletta in Milano.

Saint-Hilaire (Sordomutismo, Parigi 1900) su 90 casi di sordomutismo acquisito. ne trovò 46 dovuti a meningite. (Media 50 %). Lemche (Il Sordomutismo nel Granducato di Mecklemburgo. Lipsia 1892) porta una percentuale del 38.7 % di sordomutismo acquisito in varie forme cerebrali, con speciale riguardo alle forme di meningite.

Le percentuali di divenuti sordi o sordomuti in seguito a meningite cerebro-spinale sono variabili anche a seconda delle diverse epidemie. Paport nella epidemia del 1869-70, osservò su 16 casi tre esiti di sordità (20 %). Stadthagen nell'epidemia di Berlino 1870-1871, descrivendo tre casi di sordità su sette (43 %) dice che uno di questi ammalati divenne sordo da una parte sola, mentre generalmente la sordità da meningite cerebro-spinale si sviluppa da ambo i lati.

Pflüger tra i guariti di meningite da lui osservati trovava il 3.3 % di bambini che poi divennero sordomuti.

Evidentemente le alterazioni dell'udito sia nella loro espressione più tenue e transitoria, sia nella loro espressione più intensa e duratura, devono ripetere la loro causa, non già in alterazioni funzionali dell'organo; ma in alterazioni anatomiche.

Dove risiedono tali alterazioni?

In quali lesioni anatomiche iniziali e successive esse si determinano e si consolidano?

Il processo lesivo dell'organo dell'udito è proprio alle sole forme di meningite cerebro-spinale, o è possibile in tutte?

Sono questi i problemi che mi sono posto ed espongo qui i risultati di alcune mie indagini, limitate per ora alle lesioni riconoscibili nel nervo acustico e nella chiocciola, cioè nell'apparato uditivo nervoso più periferico. E il risultato delle mie indagini non mi sembra privo di interesse.

Espongo qui anzitutto quanto osservai in un caso di meningite cerebro-spinale.

A. N., d'anni 28. Numero d'autopsia 3398. Anno 1915. Istituto di anatomia patologia della Regia Università di Pavia. — Giovane venuto a morte in seguito a meningite cerebro-spinale.

Asporto la rocca petrosa circoscrivendola a colpi di scalpello, partendo in prima dall'apice della rocca, poi seguendo la linea seguita dalla sutura petro-squamosa, indi la base, e termino nel foro occipitale. Così asportata, con una sottil sega tolgo la parte media di essa rocca, che contiene l'organo nervoso periferico dell'udito, indi previa fissazione in alcool, metto il pezzo in una soluzione satura di cloruro di sodio al 2 % di acido cloridrico, per la decalcificazione. L'inclusione fu fatta in paraffina e la colorazione con ematossilina, eosina, Van Gieson.

Dico subito che praticai anche sulle sezioni col metodo Gram Weigert e con altri metodi l'indagine batteriologica, ma non ho potuto mai mettere in evidenza, anche colorando a lungo le sezioni, i meningococchi. Ma è noto come il meningococco nelle sezioni è ben difficilmente dimostrabile e come le forme di degenazione alla quale il meningococco dà luogo, rendano ben difficile l'identificazione del microorganismo. (Agazzi).

All'esame microscopico dei preparati, ben dimostrabili sono le alterazioni consistenti in un'infiltrazione acuta purulenta emorragica non solamente localizzata alle guaine del nervo, ma infiltrante il tronco nervoso stesso.

L'essudato purulento, specialmente abbandonante intorno al nervo, ne disseca nettamente le guaine, così che il nervo stesso si presenta qua e là rivestito come da un manicotto di essudato. Corpuscoli rossi ancor bene conservati, s'infiltrano fra i fascetti nervosi, dissociandoli e comprimendoli; in altri punti le emazie sono riunite in ammassi, in mezzo ad un ntricato reticolo di fibrina.

Risalendo dal condotto uditivo interno verso il cribro spiroide, l'infiltrazione cellulare e l'emorragia diminuiscono, però sono abbastanza ancora ben evidenti tra le maglie dello stroma connettivale e le cellule bipolari del ganglio di Scarpa. Anche qui si osservano corpuscoli rossi sparsi fra le fibre e le cellule nervose gangliolari, le quali ultime si presentano come edematose, con nucleo non ben distinto e scomparso, a protoplasma torbido in degenerazione albuminosa, sono retratte al centro della loro capsula, il cui epitelio è ispessito. Vi ha cromatolisi.

Risalendo ancora ed oltrepassando il cribro spiroide, la chiocciola stessa non si presenta completamente normale. Senza presentare gravi alterazioni, dimostra però una specie di imbizione qua e là nelle scale timpanica e vestibolare, vi si nota dell'essudato amorfo.

Il nervo acustico adunque nel mio caso, non soltanto partecipava al processo infiammatorio delle meningi, ma dimostrava le più gravi alterazioni, in quanto che l'infiammazione colpiva anche il tronco nervoso e non esclusivamente le guaine.

Trovai invece integro il nervo facciale. Tale integrità, già riconosciuta da altri autori, è data dal fatto, che lungo questo nervo l'essudato resta localizzato negli spazi vaginali per la compattezza del tronco nervoso, che scorre poi nel canale di Falloppio ancora compatto, mentre nell'acustico il pus può infiltrarsi fra le fibre nervose quando queste divergono per penetrare attraverso la « tabula cribrosa ». Però talora il processo infiammatorio nella M. C. S. è altresì capace di determinare gravi alterazioni del nervo facciale, le quali possono attraversare, nel canale di Falloppio, il ganglio genicolato. Agazzi in due casi da lui osservati trovò:

In uno, il nervo facciale mostrava, là dove decorre a fianco dell'VIII paio, leggiere alterazioni infiammatorie delle sue guaine, nell'altro invece il nervo prendeva parte intensamente al processo infiammatorio, il quale colpiva le guaine e il nervo stesso, spingendosi fino al ganglio genicolato. Altri casi furono osservati da Gradenigo. Quindi anche il nervo facciale può essere attaccato dal processo infiammatorio quantunque assai meno spesso dell'VIII paio.

Le constatazioni mie in riguardo alle alterazioni del nervo acustico e del facciale nella M. C. S. concordano essenzialmente con quanto fu rilevato da altri autori. Ma se le ricerche sulle alterazioni anatomiche dell'apparato uditivo nella meningite cerebro-spinale sono abbastanza numerose, scarse invece sono le indagini in casi di meningite di altra natura e in specie tubercolari. Il contributo che io posso portare con l'osservazione di tre casi, è perciò anche per tale riguardo meritevole di qualche interesse.

Le mie osservazioni si riferiscono a tre giovani dai 20 ai 30 anni (numero delle autopsie: 1°, 3332; 2°, 3334; 3°, 3376. Anno 1915, Istituto Anat. Patol. R. Università, Pavia) venuti a morte per meningite tubercolare.

Tolta la rocca petrosa, seguii il medesimo procedimento di tecnica come per il caso di M. C. S.

In tutti e tre i casi, esaminando le sezioni al microscopio, riscontrai una infiltrazione di piccole cellule rotonde lungo le guaine del nervo acustico, infiltrazione che penetrava, in alcuni punti, nel nervo stesso, dissociando e distruggendo le fibre; e che, proseguendo lungo il nervo, si portava fino al ganglio del Corti, le cellule bipolari del quale si presentavano lievemente alterate. Nella rampa timpanica e vestibolare non si osservavano alterazioni degne di nota.

Dunque nei casi suaccennati, l'orecchio interno non presentava gravi alterazioni infiammatorie, invece il nervo acustico nel condotto uditivo interno mostrava delle lesioni abbastanza evidenti.

Ed ora mi siano permesse alcune brevi considerazioni sulla meningite cerebro-spinale che desumo, e dalle mie osservazioni e dalle consultazioni bibliografiche sull'argomento. Le lesioni dell'apparato nervoso uditivo (nervo, labirinto) appaiono pressochè immancabili per la propagazione del processo meningeo.

Questa propagazione può avvenire più o meno rapidamente; è lenta nell'adulto, perchè in questo l'organo dell'udito oppone una resistenza maggiore al processo infiammatorio; più rapida nel bambino (Agazzi).

La diversità di lesioni riscontrate nell'organo dell'udito in seguito a meningite, è poi anche da imputarsi al diverso stadio dell'affezione; quando la malattia porta rapidamente a morte, possono mancare totalmente alterazioni nell'orecchio interno o solo avervi brevi localizzazioni lungo le guaine del nervo stesso.

Se invece la meningite data già da due o più settimane, le alterazioni anatomiche che si riscontrano sono evidenti e gravi. L'infiltrazione purulenta allora, propagatasi dalle meningi, prosegue lungo gli spazii linfatici dell'acustico, s'infiltra fra le fibre di questi e, passando attraverso il cribro spiroide, si estende al labirinto, ne distrugge le pareti e gli organi nervosi riempiendo le rampe cocleari di notevole quantità di pus.

Nel mio caso di meningite cerebro-spinale, le alterazioni nella chiocciola si mostravano non troppo evidenti; ma in esso la malattia aveva avuto breve durata, il che non permise la propagazione del pus attraverso il cribro spiroide nella quantità necessaria per dare lesioni gravi. Trattandosi poi di un adulto esisteva altra difficoltà di propagazione labirintica.

Le lesioni anatomiche iniziali che si riscontrano, quando l'esito mortale si ha durante la malattia in atto, si modificano invece allor quando l'individuo sopravvive. Osservazioni praticate su individui, che soffrirono in precedenza remota di meningite cerebro-spinale con reliquati di disturbi acustici, venuti a morte più tardi per altra causa dimostrarono che alle lesioni infiammatorie e all'infiltrazione di pus che ha distrutto il labirinto membranoso, subentra un processo di riassorbimento, di organizzazione della massa granulare che riempie l'organo, colla trasformazione in tessuto congiuntivo, indi in tessuto anche osteoide. (Gradenigo).

L'intensità varia delle alterazioni anatomiche definitive è in rapporto all'intensità varia delle alterazioni acute che nell'organo dell'udito si determinarono nei diversi casi.

Per le meningiti tubercolari le alterazioni anatomiche del sistema nervoso acustico periferico sono precisabili solo in rapporto alla malattia in atto. Mentre infatti la meningite cerebro-spinale ha come esito frequente la guarigione, la meningite tubercolare dà purtroppo inevitabilmente la morte. Ora le lesioni del nervo acustico nella meningite tubercolare se pure appaiono di scarsa intensità — tutto limitandosi all'infiltrazione di piccole cellule rotonde lungo le guaine del nervo, che in alcuni punti penetrano nel nervo stesso — sono, data la forma morbosa, proporzionali alla quantità di essudazione che la meningite tubercolare trascina con sè a carico della sierosa. Di conseguenza la partecipazione del nervo acustico nelle meningiti tubercolari acquista lo stesso significato della partecipazione dello stesso nervo nella meningite cerebro-spinale e la diversa intensità di alterazioni, la diversa forma di reazione locale, che nella meningite cerebro-spinale arriva persino alla formazione di pus e che nella forma tubercolare si limita all'infiltrazione parvi-cellulare, è in rapporto al contegno particolare dei due diversi germi e proporzionale alla diversa entità della essudazione meningea che nell'una e nell'altra forma si verifica.

Comunque gli stessi significati acquistano i reperti delle lesioni a carico del nervo acustico sia nella M. C. S. che nella M. Tuber. e cioè che il nervo acustico partecipa assai frequentemente e forse inevitabilmente al processo flogistico delle meningi e che la neurite acustica è quindi un episodio o costante o pressochè costante nelle meningiti di ogni natura.

INFERMERIA DI ISCIA-BAIDOA
(SOMALIA ITALIANA).

Una grave e rara ferita da morso di leone

per il dott. TERESIO BOIDI, ten. med., direttore.

I.

Nelle regioni equatoriali dell'Africa vi è ancora una notevole statistica di morti o di lesionati — quasi sempre indigeni — da ferite, strappamenti, amputazioni, lacerazioni per morsicature di bestie feroci, specialmente di leoni e di leopardi, e, nelle adiacenze dei fiumi, di coccodrilli.

Le ferite prodotte dai morsi di questi animali sono molto irregolari, quasi sempre contuse e settiche.

La setticità delle lesioni è in rapporto con il sistema di nutrizione della bestia feroce che morde: — il leone ed il leopardo si nutrono di carni sanguinanti, strappate dalla vittima ancora palpitante e la flora batterica della loro cavità boccale è quasi negativa, in confronto di quella del coccodrillo, che ripone la vittima — previo maciullamento — negli anfratti delle rive dei fiumi o nei fondali melmosi dei cespugli degli alvei, servendosene quindi secondo il bisogno, dopo che il nutrimento ha subito una decomposizione organica più o meno avanzata.

Le ferite, anche per la poca nettezza personale degli indigeni — che vivono seminudi — sono quindi sempre più o meno infette; vi si aggiunga la diminuita resistenza organica del tessuto lesionato — maltrattato, contuso e maciullato — e si potrà arguire facilmente come tali ferite diano luogo a pighe estese, di difficile guarigione, quando non capitano eventualità peggiori, come setticemie, gangrene, emboli settici, ecc.

Occorre quindi praticare un'antisepsi pronta e rigorosa, per potere sperare, quando le circostanze lo permettano, in una guarigione di prima intenzione.

II.

Nella Somalia Italiana meridionale — il Benadir propriamente detto — vive, specie nelle regioni settentrionali; il leone, che è caratteristico per la mancanza dell'ornamento della giubba e per la notevole mole.

Non assale l'uomo, se non è in istato di crisi famelica. Dà la caccia alle mandrie pascolanti e attacca di preferenza buoi, vacche e capre.

Gli indigeni hanno del re del deserto un terror panico; affrontano, talora armati di sola lancia o di bastone, il leopardo; cacciano, con sistemi primitivi, il coccodrillo; ma fuggono il leone.

III.

Il caso occorsomi, notevole per la casuistica clinica delle zone tropicali, credo non abbia riscontri nella letteratura medica dei paesi caldi. Dimostra inoltre come, con pochi mezzi, in condizioni difficili di ambiente, avendo a disposizione del siero fisiologico, della tintura di iodo ed una modesta busta chirurgica si possano ottenere risultati insperati.

La notte fra il 12 ed il 13 febbraio u. s. venivo chiamato d'urgenza presso l'infermeria di Tigieglò (Alto Giuba), dove allora risiedevo.

Mi trovai dinanzi ad un armato della banda degli irregolari somali, rispondente al nome di Alì Ersi della tribù dei Dir, cinque ore prima assalito e ferito da un grosso leone, nei paraggi di el-Danaue.

Un leone spadroneggiava, da qualche giorno, in quella zona selvaggia, divorando mucche e capre al pascolo; gli indigeni, gravemente danneggiati, avevano richiesto l'aiuto del gruppo di armati presidianti el-Danaue, per dare la caccia al feroce animale.

Quattro dei più arditi, messisi sulle piste del leone e segnalatolo poco dopo intento a divorare un bue, aprirono, alla distanza di circa otto metri, il fuoco.

Il felide, colpito di sorpresa alla regione del collo, in un attimo potè orientarsi e spiccare un poderoso salto, aggredendo uno dei suoi cacciatori — l'Alì Ersi — che, sotto l'urto violento, cadde a terra supino.

La bestia feroce veniva fulminata con un colpo di fucile alla testa, mentre colle zampe anteriori piantate sul torace, addentava il poveretto all'epigastrio.

L'Alì Ersi, raccolto dai compagni mentre stava per essere soffocato dalla mole della bestia abbattuta, venne fasciato all'addome con lùridi cenci e portato, a dorso di camello, presso l'infermeria di Tigieglò.

Feci distendere sul tavolo chirurgico il ferito, che conservava ancora, negli occhi sbarrati e nei lineamenti facciali contratti il terrore per la subita aggressione e per il gravissimo pericolo corso. Rimosse le bende, nere di sporcizia, che lo fasciavano all'altezza dello epigastrio, scorsi una strana soluzione di continuo, a margine piuttosto netto a forma raggiata, con tre raggi partenti da un punto situato circa quattro centimetri in alto ed a sinistra della cicatrice ombelicale. Il centro della ferita era segnato da una depressione determinata da notevole quantità di tessuto asportato; — un lieve gemizio di sangue disegnava meglio, all'incerta luce a petrolio, i raggi della ferita, che potevano misurare ciascuno, cinque o sei centimetri di lunghezza.

Tale lesione era stata determinata dal morso del leone.

Su entrambe le regioni mammarie si notavano 4-5 ferite lacero-contuse, di circa quattro centimetri di diametro, prodotte dalle zampe della bestia feroce.

Una leggera pressione digitale constatava che la soluzione di continuo interessava un notevole strato di tessuti molli ed i muscoli retti addominali, specie il sinistro, per la profon-

dità di circa tre centimetri: — la lesione non penetrava nella cavità peritoneale.

Evitai la specillazione, ossequente alle norme del mio venerato maestro Sen. Novaro, che giudicava come cosa molto pericolosa, per ovvie ragioni, l'uso dello specillo nelle soluzioni di continuo recenti e sanguinanti.

Al torace la palpazione mise in evidenza un punto dolorifico corrispondente all'inserzione sternale della sesta costola destra; con un attento esame scopersi la lussazione di detta costola nella sua articolazione collo sterno.

Provvidi ad una rigorosa antisepsi, prima con un'accurata detersione della ferita dai grumi sanguigni e dagli eventuali corpi estranei mediante un'irrigazione di siero fisiologico tiepido, bagnando quindi i bordi della vasta ferita con soluzione alcoolica di iodio. Indi, sperando in una guarigione per prima intenzione, procedetti alla sutura con 17 punti staccati e con seta sterilizzata 6 K. Per debita precauzione misi uno stuello di garza al iodoformio nel centro della ferita, da cui partivansi i tre raggi. Medicai la sutura e le altre ferite lacero-contuse del torace con soluzione iodica

La quantità di sangue perduta dal ferito era quasi insignificante, e le sue condizioni, il giorno dopo erano buone.

Polso 90; Temperatura 38.

Alla sera del dì seguente feci la prima medicazione: tutto lasciava sperare bene: lo stuello centrale, inzuppato di sierosità sanguinolenta, nulla denunciava di sospetto.

Terzo giorno: Polso 100; Temperatura 39.

Alla medicazione mi avvidi di una notevole fuoruscita di liquido sieroso, con traccie di sangue raggrumato dal punto centrale; colla pressione circostante lo scolo aumentava considerevolmente, l'olfatto denunciava il caratteristico odore della decomposizione organica. Senza alcuna titubanza tolsi tutti i punti alla ferita, che — previa un'abbondante irrigazione con la comune soluzione fisiologica — zaffai con stuelli di garza iodoformica, accorgendomi che i bordi della lesione erano molto scollati dai sottostanti tessuti muscolari. La temperatura, il polso e le condizioni generali del paziente cominciarono a migliorare dopo qualche ora.

Quarto giorno: Polso 95; Temperatura 38,5.

Al quinto giorno, alla medicazione, trovai tutta quanta la fasciatura inzuppata di sierosità giallo-scura; mettendo allo scoperto la ferita, mi colpì alle nari un forte odore di gangrena.

Arrovesciando i bordi, si poteva scorgere che la primitiva ferita era diventata una vasta cavità a pareti nerastre, su cui spiccavano in rilievo, con un aspetto nettamente gangrenoso, numerose zolle di grasso. Senza perdermi di speranza, sbrigliai maggiormente la ferita, mettendone allo scoperto le pareti interne, che sottoposi a generosa raschiatura con il cucchiaio chirurgico, asportando, colle forbici curve, lo strato nerastro marcescente, arrestandomi solo al tessuto vivo sanguinante, che cauterizzai con soluzione alcoolica di iodo.

Ma con mia grave sorpresa mi accorsi, durante l'operazione, che la parete addominale erasi scollata dal sottostante piano muscolare in quasi tutta la sua superficie: e cioè in alto sino all'angolo epigastrico, in basso sino alla linea immaginaria che unisce le spine iliache anteriori e superiori e sino all'ascellare media prolungata lateralmente.

La palpazione bi-manuale sulla parete addominale metteva in evidenza un caratteristico crepitio, dato dalla commistione di aria, gaz di gangrena e di liquidi infiammatori.

Il paziente mi richiamava alla memoria la borsa marsupiale, caratteristica del canguro australiano.

Essendo impossibile il drenaggio di una cavità così ampia, specie nelle sue parti più declivi, unicamente dall'apertura della lesione, praticai lateralmente, quattro centimetri a destra del punto di Mac Burney (e a sinistra nel punto omologo) due fori penetranti nella cavità gangrenosa, per lo scolo della produzione infiammatoria liquida.

Previo abbondante lavaggio con siero fisiologico tiepido, con lunghe compresse di garza iodoformica zaffai la cavità e dalla ferita iniziale e dalle due ferite chirurgiche laterali.

La faccia spettrale del ferito andò via via rasserenandosi.

Alle successive medicazioni notavo che, come per incanto, il processo gangrenoso si era arrestato. Il fetore nauseabondo andava scomparendo e la sierosità, dianzi enorme si limitava tanto che non trasudava più dalle fascie.

12° giorno: Polso e temperatura normali.

L'enorme scollamento si era arrestato e la cavità andava impicciolendosi.

Al ventesimo giorno potevo medicare a piatto la vasta ferita iniziale, poichè la parete addominale si era cicatrizzata al piano muscolare.

Usai sempre garza trattata al iodoformio, che mi corrispose in modo meraviglioso.

In quell'epoca venni trasferito a Iscia-Baidoa, e non volendo abbandonare il ferito, ottenni dalle superiori autorità il permesso di portarmelo meco.

Si dovevano percorrere duecento Km. di carovana: otto robusti indigeni sbalottarono il ferito — senza causargli alcun danno — per cinque giorni consecutivi, portandoselo sulle spalle in barella.

Durante lo strano raid nel deserto, lo medicai tre volte.

Dopo circa sessanta giorni dall'aggressione del leone, il paziente sta per lasciare l'infermeria. Della sua vasta lesione non rimarrà che il ricordo di una cicatrice all'epigastrio.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

L'ependimite meningococcica.

(M. CH. DOPTER. *Gazette des Hôpitaux*, n. 23 e 26, marzo 1920).

In un certo numero di casi, più frequenti di quanto non si creda, il meningococco si localizza oltre che nelle meningiti, anche nell'interno delle cavità ventricolari, determinando lesioni anatomo-patologiche particolari nell'ependima e dando luogo a sintomi speciali che nel loro insieme costituiscono il quadro dell'ependimite complicante e per lo più aggravante il quadro della meningite cerebro-spinale.

LESIONI VENTRICOLARI E DEI PLESSI COROIDEI.

La normale comunicazione tra gli spazi sotto aracnoidei e i ventricoli favorisce il propagarsi dell'infezione meningea nelle cavità ventricolari sia direttamente sia per il tramite dei plessi coroidei. All'autopsia si constata un intorbidamento del liquido contenuto nei ventricoli e nei casi recenti di meningite cerebrospinale, senza che siano riscontrabili lesioni nelle pareti dei ventricoli stessi.

Ciò rappresenta il primo stadio dell'ependimite o ventricolite, che può d'un tratto generalizzarsi a tutte le cavità ventricolari lasciando intatto per lo più il canale centrale del midollo. Alle volte l'infiammazione è localizzata soltanto ad alcune delle cavità ventricolari. Nello stadio successivo determina alterazioni anatomo-patologiche parietali e sottoparietali che variano secondo la gravità e durata del processo infiammatorio e talvolta anche nello stesso individuo nelle diverse cavità.

EPENDIMITE SUPPURATA. — 1. *Forma acuta.* — Macroscopicamente si nota una costante dilatazione delle cavità ventricolari che contengono liquido più o meno abbondante, torbido, giallastro, leggermente roseo, di rado nettamente purulento. Nel liquido si trovano sospesi dei fiocchi purulenti che facilmente contribuiscono all'occlusione dei fori di Monro dell'acquedotto di Silvio, della parte inferiore del 4° ventricolo.

Il liquido contiene in prevalenza polinucleati, macrofagi e cellule epiteliali. Nei polinucleati e nei macrofagi si riscontrano numerosi meningococchi.

Le pareti ventricolari appaiono opache, giallastre, con vene dilatate e congeste. Ad esse aderiscono, specie nei punti declivi, dei coaguli fibrino-purulenti che si possono in principio distaccare facilmente col lavaggio. In uno stadio ulteriore la parete dei ventricoli è ricoperta da uno strato giallastro purulento, più o meno spesso e aderente, che può rompersi in alcuni punti mettendo allo scoperto piccole suffusioni sanguigne nel tessuto nervoso sottostante. Inoltre dalla superficie ventricolare sporgono granulazioni biancastre costituite da noduli infiammatorî sviluppatisi nello strato sotto-ependimario.

I plessi coroidei nella maggioranza dei casi sono di aspetto normale. Tuttavia essi possono essere fortemente congesti e ricoperti da un essudato siero-purulento con coaguli fibrinosi aderenti alle loro numerose ripiegature.

Lesioni istologiche. — All'inizio l'epitelio ependimario è conservato e le cellule mostrano soltanto rigonfiamento, intorbidamento e vacuolizzazione del protoplasma, e nucleo di aspetto vescicolare. In altri casi le cellule aumentano in altezza e si allontanano le une dalle altre. Ulteriormente avviene una vera desquamazione dell'epitelio che lascia allo scoperto il tessuto nervoso sottostante. Quando l'infiammazione è poco accentuata si osservano moltiplicazioni cellulari con formazione di vere vegetazioni che sporgono nella cavità ventricolare, e alle volte anche si infiltrano in profondità. Alla superficie di tali vegetazioni le cellule sono moltiplicate, addossate le une alle altre e presentano chiari segni di degenerazione. L'epitelio è ricoperto da essudato contenente polinucleari degenerati e macrofagi più o meno abbondanti.

Lo strato sotto-ependimario è cosparso di noduli infiammatorî disposti per lo più attorno ad una vena che si presenta dilatata e ripiena di sangue, spesso occlusa da un trombo.

Se il vaso è maggiore, la parete è invasa da cellule migranti, se è un capillare mostra la parete in via di degenerazione. La lesione principale è costituita dalla dilatazione della guaina perivasale invasa da cellule che formano un manicotto completo attorno al vaso.

Tali cellule sono rappresentate in maggioranza da mononucleari, macrofagi, da rari polinucleari e da emazie, circondate tutte da una zona di edema.

Nel tessuto nevroglico si nota infiltrazione edematosa, degenerazione delle fibrille e formazione di vacuoli.

Inoltre vi si osserva anche infiltrazione cellulare dovuta per lo più a linfociti, a polinucleati e a scarsi macrofagi. Spesso si riscontrano emorragie microscopiche diffuse. Le lesioni della sostanza grigia sono rappresentate dalla cromatolisi delle cellule nervose; quelle della sostanza bianca dalla degenerazione delle fibre a mielina, che può condurre sino alla loro completa distruzione.

Tutte le lesioni dello strato sotto-ependimario dipendono dalla lesione vasale che per prima si costituisce e che ha notevole importanza nello svolgimento delle ulteriori alterazioni. La guaina perivasale costituisce una parte importante nel riassorbimento del liquido cefalo-rachidiano. Quando questo è carico di elementi tossici, produce una infiammazione della guaina perivasale, che a sua volta per le alterazioni anatomiche costituitesi rende più difficile il riassorbimento del liquido cefalo-rachidiano. Onde questo si accumula nei ventricoli determinando dapprima ipertensione ventricolare, e quando i fori di comunicazione siano obliterati, dilatazione dei ventricoli e sindrome idrocefalica.

Le alterazioni descritte dello strato sotto-ependimario sono perfettamente analoghe a quelle riscontrate nella encefalite acuta non suppurata e sono paragonabili nettamente ai risultati sperimentali ottenuti da Merle con la riproduzione nei cani di focolai di encefalite sotto-ependimaria, mediante l'iniezione intraventricolare di culture microbiche. È quindi probabile che le lesioni descritte del tessuto nervoso consecutive all'ependimite siano dovute ad una encefalite prodotta dall'azione delle tossine del liquido cefalo-rachidiano.

Ascesso periependimario. — L'ependimite può essere accompagnata dalla formazione di un ascesso periependimario che non ha con i vasi i rapporti che dimostrano invece le suppurazioni istologiche descritte. Tali ascessi si trovano quasi a contatto dello strato ependimario, come espressione di una infiammazione propagata per contiguità o per passaggio a breve distanza attraverso la barriera epiteliale del germe specifico.

Il reperto di questi ascessi è piuttosto raro. Westenhoeffer ne ha descritti 4 casi nell'epidemia tedesca del 1905-1907. Laiguel-Lavastine riporta il caso di un ascesso della grandezza di un pisello, situato presso il corno occipitale e contenente un pus bianco giallastro; Monziols e Loiseleur, all'autopsia di un caso di meningite meningococcica guarita, hanno osservato un voluminoso ascesso della grandezza di un mandarino, che si estendeva dalla scissura di Rolando alla parte posteriore del lobo occipitale, comunicante col corno sfenoidale del ventricolo laterale.

Liquido cefalo-rachidiano ventricolare. — Generalmente il liquido che si riscontra nelle cavità ventricolari è più o meno torbido, o nettamente purulento, contenente spesso in sospensione coaguli fibrinosi o fiocchetti purulenti. Il sedimento mostra presenza prevalentemente di leucociti polinucleari, scarsi mononucleari e linfociti. Tali elementi, quando il processo infiammatorio dura a lungo, sono variamente degenerati. Nel sedimento si trovano inoltre meningococchi tanto intra che extracellulari, e De Vesbizier e Chauvel e pure Guy Laroche hanno riportato casi nei quali il liquido torbido era sprovvisto di elementi cellulari, ma conteneva meningococchi in cultura pura.

2. *Forma cronica.* — La forma acuta può alle volte prolungarsi nella forma sub-acuta o cronica. Al processo infiammatorio caratteristico della forma acuta si aggiungono tutti i segni di un processo di organizzazione lenta, con desquamazione dell'epitelio ed organizzazione dell'essudato fibrino purulento. In tal modo si sviluppa il connettivo che assume la forma di un reticolo nelle cui maglie si trovano elementi cellulari diversi, alcuni ancora conservati, altri in via di degenerazione. Si costituisce in tal modo una fusione tra il tessuto sotto-ependimario ed il tessuto connettivo fibroso di nuova formazione. Nello strato sotto-ependimario si notano le stesse lesioni anatomiche della forma acuta, ma meno intense e più estese. Abbondanti appaiono gli elementi cellulari disseminati nei focolai d'infiammazione, ove si notano, non sempre, anche capillari neoformati e fasci connettivali che si insinuano attraverso i tratti privi di epitelio, sino all'essudato già organizzato.

Il liquido ventricolare è per lo più limpido, ma mostra per lungo tempo ancora nel sedimento abbondanti polinucleari, e alle volte anche soli linfociti e meningococchi.

Nell'ulteriore evoluzione l'ependimite diviene sierosa, e soltanto permangono evidenti le alterazioni in corrispondenza dei punti ove era distrutto l'epitelio. In tali punti si può anche trovare una invaginazione pseudoglandolare dell'epitelio o un completo saldamento dell'essudato organizzato con lo strato sotto-ependimario. In tali condizioni viene disturbato assai il riassorbimento del liquido cefalo rachidiano e si hanno fenomeni di idrocefalo cronico.

Ependimite sierosa. — In alcuni casi si osserva sin dall'inizio lo sviluppo di una ependimite sierosa, senza accenno di suppurazione. Il liquido cefalo-rachidiano è chiaro o appena opalescente e contiene linfociti e rari meningococchi. Le lesioni che si notano macroscopicamente e microscopicamente sono le stesse della forma acuta suppurata, ma hanno sin dall'inizio uno sviluppo sub-acuto o lento in rapporto alla maggiore attenuazione del germe specifico. Quando la forma sierosa passa allo stato cronico, si notano gli stessi fenomeni

di organizzazione e come conseguenza si ha un idrocefalo cronico.

Ependimite chiusa. — Alle volte si può nel decorso di una ependimite suppurata o sierosa verificare l'obliterazione delle comunicazioni esistenti fra i ventricoli, o fra questi e gli spazi sotto-aracnoidei della base. Tali obliterazioni sono dovute:

1° All'infiammazione ependimaria, che chiude i fori di Monro, per mezzo di fiocchi purulenti.

2° Alla formazione di briglie connettivali, fibrose, che possono ostruire il foro di Magendie e quelli di Luschka. Si determina così un isolamento completo delle cavità infiammatorie, e il processo infiammatorio può in alcune continuare ad evolvere progressivamente, mentre regredisce in altre parti tanto che può persistere la ventricolite, mentre la meningite può considerarsi guarita.

Le osservazioni di Marfan e di Cazamian mostrano come le obliterazioni possano essere multiple, tanto che si verificano allora vari focolai isolati gli uni dagli altri e talvolta associati a focolai midollari. Lesage riporta un caso in cui fu notata l'esistenza di un ascesso isolato del corno frontale destro, e di un altro isolato del corno occipitale sinistro, mentre le altre parti dei rispettivi ventricoli avevano conservato il loro aspetto normale.

LESIONI DEI PLESSI COROIDEI.

Le lesioni dei plessi coroidei precedono sempre quelle dell'ependima e sono costituite anzi tutto da congestione e dilatazione vasale, edema infiammatorio ed infiltrazione cellulare abbondante. L'epitelio di rivestimento è rigonfio e torbido, e si desquama. Dopo qualche giorno queste lesioni si attenuano mentre si accentuano nettamente le lesioni ependimarie, e soltanto rimane uno strato purulento che avvolge i plessi coroidei, e che successivamente si modifica in una sottile maglia fibrinosa che racchiude le villosità dei plessi, insieme con elementi del pus. Il fatto che le lesioni dei plessi coroidei precedono quelle dell'ependima fa supporre che i plessi coroidei rappresentino l'intermediario fra l'infiammazione delle meningi e quelle dei ventricoli.

SINTOMATOLOGIA.

Nel decorso di una meningite cerebro-spinale le lesioni ependimarie che vengono a complicarne il decorso possono essere leggere, ed allora passare anche inosservate, o essere assai accentuate, ed allora i sintomi ai quali esse danno luogo si confondono spesso con quelli della meningite. Per altro si sono potute distinguere due sindromi, che insieme rappresentano quella che può chiamarsi la sindrome ependimaria: e cioè, la *sindrome d'infiammazione ventricolare* i cui sintomi principali sono: l'aumento della rigidità, i disturbi dell'intelligenza, la sonnolenza e la cachessia progressiva; e la *sindrome d'ipertensione cranica*, i cui segni sono la cefalea intensa, l'iperestesia, il vomito, i disturbi degli sfinteri, della respirazione, della circolazione e la papilla da stasi.

L'ipertensione cranica può essere dovuta o a iperproduzione di liquido, o a un difetto di riassorbimento.

Le due sindromi accennate possono in varia misura associarsi, a seconda dell'entità e della sede delle lesioni infiammatorie.

Per altro i vari aspetti clinici dell'ependimite possono essere riportati a due tipi principali: «l'ependimite suppurata» e «l'ependimite sierosa». Quest'ultima può essere tale sino dall'inizio, oppure rappresentare l'esito di una ependimite suppurata.

Ependimite acuta o sub-acuta suppurata. — Essa può clinicamente manifestarsi sotto tre forme diverse: o di meningo, ependimite libera, o di meningo-ependimite chiusa, o di pioncefalite.

Nella meningo-ependimite libera i segni propri dell'ependimite non costituiscono un carattere netto differenziale, ma sono mascherati dai sintomi della meningite. Però, la prostrazione intensa, le grida del malato e le contratture rappresentano i segni principali dell'infiammazione dei ventricoli.

Il liquido cefalo-rachidiano è sempre torbido e purulento ed esce con facilità.

Nella meningo-ependimite chiusa i sintomi della ventricolite sono velati dai segni della meningite, ma più evidente è l'ipertensione, più accentuata la cefalea, la rigidità, la cachessia.

Il liquido cefalo-rachidiano esce a bassa pressione e mostra costituzione nettamente diversa da quella del liquido contenuto nei ventricoli, per la mancanza di comunicazione fra la cavità dei ventricoli e gli spazi sotto-aracnoidei.

Nella pioencefalite pura più chiari sono i sintomi propri dell'ependimite, avendosi lo sviluppo di essa quando i fenomeni infiammatori della meninge sono in risoluzione. È così che in ammalati di meningite cerebro-spinale si può osservare che i segni della meningite regrediscono, il miglioramento si accentua continuamente, quando improvvisamente la temperatura di nuovo si eleva, la cefalea diviene violenta, aumenta la rigidità che non completamente era scomparsa, appare di nuovo il delirio. La puntura lombare dà esito a liquido limpido. Il malato accenna profondo senso di

astenia, di accasciamento, al quale si aggiunge anche sonnolenza che diviene talvolta continua. Il sonno è interrotto soltanto da crisi di agitazione, da delirio e da accessi di violentissima cefalea, specie occipitale. A questi sintomi si aggiungono il vomito, un progressivo aumento della rigidità e della contrattura degli arti, sia superiori che inferiori, e incontinenza degli sfinteri.

Gli infermi presentano inoltre un dimagramento rapido e progressivo, e quando la malattia si prolunga divengono cachettici e presentano facili decubiti.

Nella pioencefalite la febbre può anche mancare, ma ordinariamente assume il tipo intermittente proprio delle forme suppurative.

In numerosi casi si hanno disturbi dell'udito e della vista, questi ultimi in rapporto con la papilla da stasi dovuta all'aumentata pressione intracranica.

La pioencefalite ha un decorso ordinariamente dai 10 a 20 giorni e termina quasi sempre con la morte.

Elemento di importanza per la diagnosi è il comportamento del liquido cefalo-rachidiano. Esso è fortemente diminuito e con la puntura lombare non se ne estraggono che pochi centimetri cubici, alle volte nulla. L'esame citologico e bacteriologico mostrano predominanza di linfociti ed assenza di meningococchi. Il siero introdotto per via endorachidea non è riassorbito. Esiste un netto contrasto fra i caratteri del liquido estratto con la puntura lombare e di quello ottenuto con la puntura dei ventricoli. Quest'ultimo è ordinariamente torbido o purulento, e mostra abbondanti polinucleati e meningococchi.

I caratteri del liquido cefalo-rachidiano costituiscono un insieme sintomatico che può chiamarsi « sindrome di chiusura » e che aggiunto ai segni dell'infiammazione dei ventricoli e all'ipertensione caratterizza la pioencefalite.

Molti casi si allontanano dal decorso tipico; così il periodo intermedio tra la meningite e l'inizio dei sintomi di pioencefalite varia da pochi giorni sino a 2 e 4 mesi. La durata della malattia pure varia da alcuni giorni, nei casi acutissimi, ad alcune settimane e sino a parecchi mesi. In tali casi a decorso lento, prolungato si hanno ad intervalli vari delle *poussées* che lasciano l'ammalato sempre più debole e dimagrato.

L'esito ordinario è la morte anche nei casi a decorso lento; tuttavia, anche senza trattamento specifico si può avere la guarigione, con permanenza però di infermità irrimediabili, quali paralisi degli arti, sordità e talvolta cecità completa.

La sintomatologia dell'ependimite è in rapporto con la speciale localizzazione anatomica del processo infiammatorio. È così che nella ependimite del pavimento del 4° ventricolo si manifestano disturbi del polso e del respiro e paresi o paralisi del facciale o di altri nervi cranici. Alle volte l'ependimite può essere localizzata unilateralmente, ed allora si possono avere sintomi a carico di una metà solo del corpo, tanto che difficile riesce la differenziazione con un ascesso o con un tumore cerebrale. La pioencefalite è più frequente nel lattante. Decorre con gli stessi sintomi, ma presenta di particolare una distensione e sporgenza accentuata delle fontanelle che non si appianano dopo la puntura lombare.

Ependimite sierosa. — È caratterizzata dal fatto che il liquido cefalo-rachidiano è limpido costantemente, e dà sintomi di distensione ventricolare e di ipertensione intra-cranica. Clinicamente si distinguono due forme: una forma acuta ed una forma sub-acuta o cronica.

La seconda forma è più frequente ed il quadro clinico rassomiglia a quello dell'ependimite suppurata, senza i fenomeni di infezione.

Il più delle volte costituisce l'esito di una meningite cerebro-spinale apparentemente guarita.

La cefalea è intensa e spesso accompagnata a vomito. Alle volte ricompare rigidità della nuca. Il segno di Kernig è incostante. Rapidamente si stabiliscono segni di accentuato dimagramento progressivo e disturbi intellettivi. Frequenti sono i disturbi degli sfinteri. I riflessi sono a volte aboliti, a volte esagerati. Spesso esiste iperestesia. Tutti i sintomi decorrono senza febbre, e con l'evolversi della malattia compaiono segni di lesioni del bulbo (polso irregolare, dispnea o respiro di Cheyne-Stokes). Costantemente si trova papilla da stasi, dovuta alla ipertensione intracranica. Alle volte si ha amaurosi senza lesioni del fondo dell'occhio, per compressione delle bandellette ottiche; tale amaurosi scompare con la puntura lombare.

Il liquido cefalo-rachidiano è limpido, incolore e nel sedimento mostra talvolta rari linfociti e polinucleari, mai germi. Il liquore esce a pressione alta quando permane la comunicazione tra i ventricoli e gli spazi sotto-aracnoidei, a pressione bassa quando siano bloccati i ventricoli. Il liquido ventricolare è ordinariamente uguale a quello che si estrae con la puntura lombare; alle volte contiene maggiore quantità di elementi cellulari, e a differenza del liquido rachidiano può contenere anche meningococchi.

Di rado l'evoluzione di questa forma di ependimite è rapida, per lo più è lenta e termina

con la morte per cachessia progressiva. In alcuni casi, quando sia libera la comunicazione tra i ventricoli e la cavita sotto-aracnoidea, si può avere la guarigione con ripetute punture lombari.

Nel lattante, oltre i sintomi notati, si ha l'ingrandimento delle fontanelle e l'aumento di tutti i diametri del cranio. Dopo la guarigione di una meningite cerebro-spinale si può avere la comparsa di una ependimite sierosa acuta che evolve rapidamente verso la morte.

Lagane ne riporta un caso. I sintomi di ipertensione intracranica si svilupparono 15 giorni dopo la guarigione della meningite.

All'autopsia si notò ependimite sierosa, che in vita non aveva dato luogo ad altro sintomo all'infuori dell'aumento della pressione intracranica, ed a nessuno degli altri segni propri dell'ependimite (rigidità, disturbi dell'intelligenza, cachessia precoce).

TRENTI.

Sulle attuali osteopatie di guerra.

(KOEPCHEN. *Zbl. f. inn. Mediz.*, n. 52, 1919).

Nella primavera del '19 furono descritte in alcune città dell'Austria tedesca, specie a Vienna, delle singolari osteopatie, le quali per il loro insorgere epidemico furono messe in rapporto colle tristi condizioni d'approvvigionamento e la vigente fame. Il quadro morboso presentava dei punti di contatto col rachitismo e colla osteomalacia.

Predominavano i dolori; in un tempo di solito breve subentrava l'impossibilità spesso assoluta di camminare, non rare erano deformità notevoli alle estremità inferiori. Ammalavano con sintomi osteomalacici anzitutto donne al di là della menopausa, mentre le forme rachitiche colpivano generalmente ragazzi nella pubertà.

In seguito si ebbero pure in Germania delle piccole epidemie, le quali pur presentando dei sintomi un po' differenti, dovevano esser messe in rapporto colle summenzionate affezioni.

I casi osservati dall'autore appartenevano alla popolazione del distretto carbonifero renano. Le forme rachitiche avevano di comune nell'anamnesi: l'età giovanile dei colpiti, la crescente difficoltà fino a impossibilità di camminare, il lavoro gravosissimo ininterrotto per 8 o 9 ore al giorno, le condizioni esterne sfavorevolissime, la nutrizione scarsa, mancante di carne, grassi, latte, frutta, ecc. D'aspetto pallido e floscio, apparentemente anemico, di masse muscolari poco sviluppate, gl' infermi non presentavano nulla a carico degli organi interni. Normale era, pure il reperto del sangue, tanto per numero che per forma degli eritrociti e leucociti; nessuna reazione da parte del midollo osseo. Le epifisi, di solito leggermente tumefatte, non mostrano alterazioni flogistiche; con questo reperto quasi negativo contrastava la loro forte dolorabilità alla pressione. L'affezione decorreva sempre senza febbre; i preparati salicilici non ebbero alcuna efficacia. Riguardo alla diagnosi differenziale dovettero essere esclusi anzitutto disturbi statici, tanto più che in alcuni degli ammalati s'erano formati sin dall'inizio dell' affezione piedi piatti, ginocchi vari e valgi. Contro la poliartrite parlava il decorso, la mancante eziologia, l'insuccesso dei preparati salicilici. Poterono essere eliminati pure senz'altro il reumatismo muscolare, la miosite, trichinosi e le affezioni nervose sia organiche che funzionali. Una spiegazione sicura del quadro morboso veniva fornita appena dal radiogramma, il quale quasi o del tutto negativo nei casi iniziali, presentava delle alterazioni oltremodo caratteristiche negli stadi avanzati: l'ombra dell'osso, rarefatto nel complesso, mostrava alle sue estremità degli intorbidamenti a macchie o a striscie oppure diffusi. La linea epifisaria, troppo evidente data l'età, era sfiancata e spesso slavata al suo limite superiore; talvolta apparente distacco dell' epifisi ed infrazioni specie al lato interno, nella regione della metafisi. Queste alterazioni erano sempre bilaterali, anche se l'ammalato accusava dolori in un'estremità sola e se le articolazioni erano clinicamente sane.

Predominavano dunque i segni caratteristici del rachitismo, mentre era meno marcata l'alisteresi che si trova di regola nella osteomalacia. Le alterazioni non stavano mai in rapporto colla gravità del caso, specie negli stadii iniziali. Per evitare errori diagnostici, i reperti venivano sempre confrontati con rispettivi radiogrammi normali. Le alterazioni più gravi si trovavano di solito alle ginocchia.

La sindrome osteomalacica si distingueva dalla tipica osteomalacia puerperale per la mancanza di alterazioni del bacino e perchè veniva colpito precipuamente il sesso femminile nell'età senile o presenile, più raramente pure giovanette e uomini maturi. L'affezione s'iniziava con dolori alle estremità inferiori, al bacino, alla colonna vertebrale e più specialmente al torace, ai quali s'aggiungevano in seguito crescenti difficoltà della deambulazione ed un'eventuale cifosi. Il decorso era relativamente rapido, trovandosi il quadro morboso completamente sviluppato spesso entro pochi mesi. Nei casi osservati dall'autore il reperto radiologico fu sempre del tutto negativo. Soltanto Simon descrive parecchi casi coi sintomi

di un'incipiente coxa vara. Importanti sono i reperti autoptici pubblicati dal Partsch: l'osso tenero e povero di calce, si rompe senza evidente crepitio (differenza coll'osteoporosi senile), le vertebre si possono tagliare col coltello, in qualche caso il bacino è leggermente ristretto, ma senza notevole deformità. Nei tagli microscopici le trabecole ossee sono molto sottili, circondate da un tessuto osteoide poverissimo di cellule ossee. La delimitazione verso l'osteoporosi senile era spesso incerta. Queste osteopatie, secondo taluni autori, presentano pure delle forme di passaggio tra rachitismo e osteomalacia. Wassermann descrive inoltre dei processi osteo- e osteoperiostali emorragici, Simon delle affezioni ossee combinate ad edemi. L'autore pure ebbe occasione di studiare un caso che, oltre ai fortissimi dolori ossei, presentava edemi ed emorragie sottocutanee.

Per ciò che riguarda la patogenesi di questi processi bisogna anzitutto prendere in considerazione il sistema endocrino. Le osservazioni di Schlesinger, il quale nel 50 % dei suoi casi potè constatare una struma e spesso una tetania latente o conclamata, non furono confermate da nessun altro autore. Maggior favore incontrò la seconda ipotesi sulla mancata correlazione delle diverse glandole endocrine. Secondo Partsch, Simon e Fromme, la causa va ricercata in un difettoso ricambio del fosforo e calcio; quest'ultima teoria deve venir convalidata però da ulteriori ricerche sperimentali ed esami chimici riguardanti il ricambio materiale. Processi tossico-infettivi possono tutt'al più prepararne il terreno. Che la grippe non possa esserne la causa lo dimostra la mancanza di osteopatie simili nei paesi degli alleati e così pure nella pandemia del 1890. D'altro canto vediamo il rachitismo dei lattanti decorrere ora in una forma oltremodo grave ed aumentare in frequenza. Il rachitismo tardivo, descritto in precedenza da diversi autori, si copre clinicamente del tutto coll'attuale forma di guerra. L'essenza dei due processi dev'essere dunque la stessa. Ciò vale anche per le forme osteomalaciche, la cui differenza è probabilmente soltanto graduale. Se esistono realmente le forme di passaggio tra rachitismo ed osteomalacia, queste verrebbero a confermare la teoria unitaria sulla loro patogenesi comune, proclamata anche ultimamente dal Looser.

In ultima analisi bisogna rendere responsabili delle osteopatie lo stato di fame cronica (più qualitativa che quantitativa) delle ossa. La terapia è quella del rachitismo: fosforo e calcio. Essi furono sempre efficaci. Da Alvens fu pure raccomandato lo stronzio.

M. P.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia delle Scienze mediche in Palermo.

Seduta del 27 marzo 1920.

Il problema della genesi del sonno. (Le azioni armoniche regolatrici del fenomeno).

Prof. M. BARBARA. — L'O. espone una concezione personale sulla genesi del sonno fisiologico quotidiano.

L'analisi del significato delle modificazioni del ricambio e della termogenesi rivela che il sonno segue alla veglia secondo un ritmo che domina ugualmente le due fasi del metabolismo materiale e dinamico; il sonno è l'espressione della fase catabolica del metabolismo, dello svolgimento delle specifiche energie accumulate in ogni protoplasma. L'avvicendarsi del sonno e della veglia è l'espressione di un uguale avvicendarsi delle due opposte fasi del metabolismo.

Il periodico alternarsi della veglia e del sonno, sarebbe regolato dall'attività periodica ed alterna di gruppi ormonici a tipo fondamentale antagonistico.

Durante la notte prevarrebbe il gruppo ormonico eccitoanabolico.

Durante la notte si avrebbe invece insufficienza del gruppo ormonico eccitocatabolico.

Sulla propagazione dei toni cardiaci nell'ambito addominale.

Prof. V. PIAZZA-MARTINI. — L'O. comunica sette osservazioni personali di *perforazione intestinale* (in casi di ulcere tubercolari, di febbre tifoide, di appendicite acuta), *con consecutivo versamento libero di gas intestinale — copioso o meno — nel cavo peritoneale: perforazione diagnosticata per la propagazione dei toni cardiaci su tutto l'ambito addominale.*

In 4 casi (i soli operati) se ne ebbe la conferma all'atto operativo.

Sulla diagnosi di rabbia.

Prof. G. FERNANDEZ. — L'O. espone il metodo che consiglia di seguire per gli accertamenti diagnostici di rabbia: metodo che numerosi esami eseguiti, con gli opportuni controlli, gli ha dimostrato che offre i migliori vantaggi.

Per l'esame microscopico esegue degli strisci del Corno di Ammone e rispettivamente a fresco ricerca i corpi di Negri: quando tale ricerca è negativa procede alla colorazione col metodo di Böhw.

Nel solo caso in cui anche questo secondo tentativo non è stato positivo ricorre alla prova biologica. Questa nella più gran parte degli Istituti antirabbiosi è fatta sui conigli: l'O. invece si serve di cani robusti nei quali inietta simultaneamente nella camera anteriore dell'occhio e nella cute un po' di emulsione di cervello sospetto. Avendo cura di sorvegliare più volte al giorno gli animali iniettati riesce a controllare la diagnosi in una maniera abbastanza certa.

Il problema del matrimonio dei sifilitici.

Prof. L. MANNINO. — In generale, l'O. segue il precetto della scuola classica sifilografica, cioè: mantiene gli infermi sifilitici sotto la cura specifica non meno di quattro anni, pria di permettere loro il matrimonio.

Non tutti i casi di sifilide primaria trattati precocemente ed intensamente, coi mercuriali, con l'Hectina o cogli arseno-benzoli abortiscono definitivamente. Buona parte di essi se si trascura per qualche tempo il trattamento specifico, dopo due mesi o poco più, sia nel primo anno, sia nel secondo anno di decorso della infezione, presenta manifestazioni generali di lue, minime se si vuole, ma che ci indicano la avvenuta generalizzazione della malattia.

Questi infermi rientrano nella numerosa classe dei sifilitici costituzionali nei quali la cura deve essere prolungata per parecchi anni, quattro almeno, prima di permettere il matrimonio.

Negli infermi nei quali sembra sia avvenuto l'aborto della sifilide, conviene insistere nella cura per due anni a 30 mesi, prima di permettere il matrimonio: in certi casi conviene ritardare al terzo anno.

L'O. ricorda che fin dal 1892 sostenne il concetto che mezzo validissimo per arginare il dilagamento della sifilide per il tramite del matrimonio dovrebbe essere l'istituzione per legge di un certificato sanitario prematrimoniale.

M. CIULLA.

Accademia Gioenia di Scienze naturali in Catania.

Seduta del 27 aprile 1920.

Rapporto fra il diabete e l'acidità del succo gastrico.

A. CAPPARELLI. — Rileva dall'esame di numerosi casi clinici l'esistenza di una ipocloridria nel diabete mielitico.

Alcune leggi nuove dell'igromipsia.

A. CAPPARELLI. — Dice che, ove si scelgano come liquidi ascendenti delle soluzioni contenenti diversi soluti, questi non sono attratti tutti nella corrente ascendente con la stessa velocità e con le stesse proporzioni della soluzione originale. A fenomeno ultimato i loro rapporti ponderali iniziali sono mutati come se fosse avvenuta una selezione di ordine chimico-fisico. Il fatto è più spiccato con le miscele di elettroliti ed anaelettroliti.

Effetti del fulmine sull'organismo umano.

A. CAPPARELLI. — L'O. fa una minuta analisi degli effetti subiettivi di ordine fisio-psichico prodotti dal fulmine sul proprio organismo. S'intrattiene specialmente sulla modalità con le quali, di fronte al grave agente, il complesso meccanismo della coscienza si dissocia, si disgrega, si eclissa in uno stato che rasenta la morte per ricomporsi nuovamente col ritorno delle principali potenze animatrici della vita.

A proposito della memoria del prof. Golgi «Sulla struttura dei globuli rossi dell'uomo e di altri animali».

A. PETRONE. — L'O. ricorda i molteplici suoi lavori sull'argomento, ai quali il recente lavoro del Golgi porta piena conferma.

G. D'ABUNDE. — *Sulle polinevrosi del plesso brachiale da traumi di guerra.*

M. CONDORELLI. — *Ovum Ovo Fregnana.*

Un caso di endotelioma maligno del palato duro guarito colla autovaccinoterapia.

S. CITELLI. — L'O. presenta una giovane già affetta da endotelioma maligno di quasi tutta la volta del palato duro con un grosso ganglio sotto mascellare. Essa è quasi guarita dopo 4 iniezioni di autovaccino.

Bilharziasi.

G. IZAR. — Riassunte le recenti conquiste intorno al ciclo di sviluppo dell'agente patogeno, alle vie d'ingresso ed alla terapia, l'O. illustra un caso di bilarziasi curato e guarito mediante iniezioni endovenose di tartaro stibiato.

Ipofisi e sclerodermia.

G. IZAR. — Dall'osservazione di un caso di sclerodermia con segni di deficiente funzione opifisaria venuto a completa guarigione a seguito di somministrazione di preparati ipofisi, l'A. è tratto a considerazioni generali sulla funzione sinergica, vicaria, alterna ed antagonistica di alcune ghiandole a secrezione interna.

Acetonuria nell'influenza.

G. IZAR. — Viene posta in rilievo la relativa frequenza di corpi acetonici nelle urine degli ammalati di influenza sia a localizzazione viscerale che extra-viscerale. I casi illustrati danno ragione della ingerenza che molti dei sintomi osservati da altri autori negli influenzati rientrino nel gruppo dei sintomi acetonemici, favorevolmente infiuenzati dalla somministrazione di alcalini.

Sieroreazione del Wassermann e malaria.

G. IZAR. — Negli individui apparentemente esenti da infezione luetica la R. W. è costantemente negativa nella malaria latente, sia antica che recente: è pure costantemente negativa nella malaria in atto recente. Solo in un esiguo numero di casi (2 %) di malaria antica, ripetutamente recidiva con parassiti in circolo si ha R. W. positiva durante l'accesso. Ii opposti pareri degli AA. trovano facile spiegazione in una insufficente anamnesi ed in una tecnica imperfetta.

Sui rapporti fra tubercolosi ed influenza.

A. FAGIUOLI. — Con ricca casistica l'O. dimostra la scarsa recettività al virus influenzale dei tubercolosi e mette in rilievo il mite e breve decorso del processo influenzale nei tubercolosi colpiti. Illustra inoltre l'alta importanza dell'infezione grippale nel predisporre alla tubercolosi polmonare e dà una interpretazione razionale che spiega i rappoti intercedenti fra le due forme morbose.

Sistemi e focolaio nella cutireazione del Pirquet.

A. FAGIUOLI. — Discusso il valore e l'utilità delle varie reazioni tubercoliniche oggi in uso a scopo diagnostico, l'O. mette in luce il fatto che in seguito alla cutireazione possono comparire chiari sintomi a focolaio nella zona polmonare colpita. L'evenienza pratica si presenta soltanto nel 6-7 % dei casi; però quando è manifesta riveste grande importanza in quanto ci informa sulla natura, sulla sede e sul carattere di attività delle eventuali lesioni apicali, mentre la sola risposta cutanea, anche se intensa non depone con sicurezza per la specificità di alterazioni polmonari sospette, ma tutt'al più dimostra che le lesioni decorrono su di un terreno tubercolare.

Ricerche sugli amino-acidi negli invertebrati - Le variazioni dell'azoto aminico negli organi e liquidi organici sottoposti all'autolisi.

G. RUSSO. — L'O. dimostra che nell'epato del pancreas degli invertebrati si possono cogliere in vitro attivi processi di sintesi fermentativa, in seguito ai quali a spese dell'azoto aminico immagazzinato, vengono elaborati prodotti azotati di ordine superiore. Anche gli amino acidi artificialmente aggiunti agli estratti tendono a scomparire per essere utilizzati nelle anzidette sintesi.

Sugli enzimi peptolitici degli invertebrati e sulla loro azione sui lipopeptici di sintesi.

G. RUSSO. — L'O. dimostra la presenza di enzimi peptidolitici in alcuni organi degli invertebrati e fissa le leggi che presiedono a queste azioni enzimatiche.

I fenomeni d'igromipsia nel latte normale e gradatamente riscaldato.

A. VALENTINI. — A temperature inferiori a 100° il tempo igromipsimetrico diminuisce; ad ebollizione protratta aumenta.

Il nucleo del globulo rosso adulto dei mammiferi secondo il Golgi ed il Petrone.

G. LOMBARDO. — L'O. illustra la perfetta analogia morfologica e microchimica che esiste fra il nucleo funzionale del Golgi ed il Corpo di apparenza nucleare messo in evidenza dal Petrone molti anni prima.

La splenochinarsina nella cura della malaria acuta e cronica.

G. LOMBARDO. — L'O. illustra favorevoli risultati ottenuti con un preparato di chinino, arsenico e stricnina in un mestruo di succo splenico. Crede che nell'azione dei principi medicamentosi si aggiunga una azione opoterapica.

Su di un raro caso di osteoma della cassa.

P. CALICETI. — Il tumore era impiantato sulla parete labirintica e sporgeva nella cassa sotto forma di superficie convessa liscia, ricoperta da mucosa. Il tentativo di pungere con l'ago da paracentesi questa mucosa sporgente mise in evidenza la natura ossea del tumore.

P. CALICETI. — *Un caso di neuro-labirintite bilaterale da lue recente naturalmente migliorato col neosalvarsan.*

GAETANO SCORZA.

XXVIII Congresso francese di Chirurgia.

Le lesioni traumatiche chiuse del polso.

(JEANNE e MOUCHET, relatori. *La Presse Médicale*, n. 58, 1919).

I traumi sul polso, estremamente frequenti, vi determinano numerose e svariate lesioni a causa della complessità anatomica e fisiologica di questa regione. La radiografia, coll'aiuto e il controllo dell'esperimento, ha portato gran progresso in questo studio.

Il polso è formato dall'estremità inferiore delle ossa dell'avambraccio e dalle due file ossee del carpo, ma le lesioni sono essenzialmente a carico del radio, dello scafoide e del ternilunare nella prima fila e del grand'osso nella seconda: e ciò perchè nelle cadute sulla mano il peso del corpo si trasmette per mezzo del cubito e del radio; ma in basso, mentre la testa sottile del cubito non fa pressione sul polso, l'estremità inferiore del radio si appoggia completamente sulle due ossa esterne della prima fila e, col loro intermezzo, sul grand'osso.

È la colonna dunque di trasmissione della forza, cioè la radio-scafo-luna capitato, quella che si spezzerà o si slogherà.

I punti di appoggio variano d'altronde secondo il grado di flessione palmare o dorsale della mano e della sua inclinazione laterale. Ad esempio se essa si sposta verso il lato radiale, in abduzione, sarà lo scafoide che sopporterà tutta la pressione, se invece la mano è in adduzione, il radio farà pressione tanto sul semilunare come sullo scafoide. Le due fila delle ossa del carpo sono molto differenti. Astraendo dal pisiforme, la prima fila è un condilo regolare sotto il radio e il legamento triangolare. Le tre ossa che lo formano, quantunque ben unite, possono sdrucciolare le une sulle altre. La seconda fila comprende all'interno il grand'osso e l'uncinato che formano il secondo condilo carpico, di cui i movimenti sono molto tesi, e al di fuori ad un livello ben inferiore il trapezio e il trapezoide offrono una superficie quasi piana ai piedi dello scafoide. Lo scafoide consta poi di una *volta* inclinata a tetto sotto la stiloide radiale, e in un *piede* quasi orizzontale che si allunga in avanti in una robusta *apofisi* al di sopra delle due ossa esterne della seconda fila. Queste due parti formano quasi un angolo retto ed è a livello della loro giuntura che passa la linea di frattura indiretta dell'osso.

Numerosi legamenti riuniscono queste ossa tra loro; i quattro principali sono: *Anteriormente*: 1° il legamento anteriore che discende convergendo dal bordo articolare superiore per impiantarsi nel medesimo tempo sul semilunare e sul grand'osso. Alla sua rottura sono subordinati gli spostamenti di queste due ossa: si spezza di solito in corrispondenza dell'interlinea di esse; 2° il legamento a V, chiave dell'interlinea medio-carpea, che sale divergendo dal grand'osso e dall'uncinato verso le ossa che li incastrano: la sua branca esterna è la più forte il cosidetto legamento scafo-trapezo-capitato: non si spezza mai e lega lo scafoide al trapezio. *Posteriormente* vi sono due resistenti

legamenti che partono divergendo dal piramidale. La più importante è una bendella tesa tra questo osso da una parte e lo scafoide e il trapezio dall'altra e che forma una cinghia solida sul grand'osso senza attaccarvisi. Da ciò che abbiamo detto risulta che il semilunare è saldamente legato al radio, lo scafoide sta attaccato al trapezio, il piramidale si attacca in alto e in basso.

Analizziamo gli effetti delle cadute sulla mano che sono la causa principale dei traumatismi del carpo. Dobbiamo considerare questi fatti: tutti i movimenti della mano esigono la cooperazione delle due articolazioni: la prima fila si comporta come un menisco articolare, essa si sposta tanto sulla seconda fila, come sulle ossa dell'avambraccio; la seconda fila non si sposta che sul metacarpo. Il centro dei movimenti è press'a poco il centro della testa dell'osso grande: dunque il menisco si muove in senso inverso del metacarpo. Per la medesima ragione la volta dello scafoide si sposta in senso inverso del suo piede e così la testa dell'osso grande in rapporto al suo corpo.

Dobbiamo distinguere:

Le cadute sul palmo della mano;

Le cadute sul dorso della mano.

A) Le cadute sulla palma sono le più frequenti e causano svariate lesioni. La mano si rovescia in iperestensione o flessione dorsale.

Vi si debbono considerare 3 casi:

1° La caduta ha luogo sul centro della palma o sulla testa dei metacarpi agendo così come una leva sul polso. Le lesioni dipendono dall'integrità o dalla rottura del legamento anteriore: *a*) se esso resiste si osserva la torsione radio-carpea o una frattura classica per strappamento dell'estremità inferiore del radio, extra articolare, ad 1 cm. e mezzo dall'interlinea, senza penetrazione; *b*) se il legamento si rompe (e se si rompe lo fa tra il semilunare e il grand'osso), la testa di quest'ultimo fa ernia nell'occhiello e continua a spingersi in avanti, mentre il corpo va indietro. Il corno dorsale del semilunare strisciando sulla sua nuca e sul suo vertice, giunge sulla sua fronte, e quando la mano ritorna nell'asse dell'avambraccio, la testo dell'osso grande termina di porsi dietro il semilunare. Così si ha un dislocamento chiamato mal a proposito «lussazione del semilunare in avanti»: è invece più esatto chiamarlo «lussazione dorsale dell'osso grande» e meglio ancora «lussazione sub totale retro-lunare». Essa molto frequentemente si accompagna a frattura dello scafoide per apertura dell'angolo o estensione. Il semilunare resta in vicinanza del radio, leggermente spostato e diretto obliquamente invece che orizzontalmente. Ma se il suo freno posteriore è rotto (Delbet) passa alla posizione verticale e nel medesimo tempo si enuclea completamente dai suoi attacchi all'orlo radiale.

2° Quando la caduta ha luogo sul tallone della mano, in flessione dorsale moderata senza inclinazione laterale si hanno lesioni diverse a seconda della rottura o no del legamento anteriore: *a*) se esso resta intatto il semilunare e lo scafoide sprofondano il piano radiale: si produce una frattura articolare e comminutiva del radio con penetrazione sempre più accentuata indietro. Il radio può resistere, raramente però; allora il corno dorsale del semilunare, appoggiando sul collo dell'osso grande lo rompe talvolta in questa direzione; *b*) se il legamento resiste sopratutto se la flessione dorsale è forte si ha la lussazione subtotale retrolunare, come sopra, con o senza frattura dello scafoide.

3° Quando la caduta ha luogo in flessione dorsale combinata coll'abduzione è il radio che si rompe e talvolta soltanto il suo angolo esterno se l'abduzione è molto forte. D'altra parte in questa iperestensione appoggiata, il piede dello scafoide non potendo correre indietro, secondo la sua abitudine, perchè il contatto col suolo lo impedisce mentre il radio fa pressione su esso dall'alto, l'osso rischia di rompersi per chiusura dell'angolo o flessione.

B) La caduta sul dorso della mano porta questo organo in flessione palmare, che ha per effetto di porre verticalmente il semilunare, orizzontalmente l'osso grande e lo scafoide. E' dapprima sul semilunare e poi sull'osso grande che si hanno gli effetti della caduta, lo scafoide scappandosene di lato. In questo atteggiamento il trauma determinerà:

1° Se si urta a qualche distanza dal carpo si ha torsione carpo-metacarpea, lussazione mediocarpica per flessione.

2ª Se si urta sul carpo o in sua vicinanza si possono avere le seguenti lesioni: ledimento del semilunare; frattura marginale anteriore del radio; frattura per iperflessione del radio a 4-5 cm. al di sopra dell'interlinea; è pure possibile una decapitazione dell'osso grande.

Passiamo ora allo studio clinico e terapeutico.

Per ciò che concerne le fratture dell'estremità inferiore del radio Jeanne e Mouchet insistono sull'importanza dei dati forniti dalla radiografia: gran varietà delle fratture del radio, frequenza delle fratture articolari, delle fratture parziali e comminutive, associazione colle lesioni carpiche, gran frequenza delle fratture associate all'apofisi stiloide del cubitale. Questi Autori ritengono che in una frattura dell'estremità inferiore del radio con dislocamento, il chirurgo non debba sacrificare la forma alla funzione e che debba procedere ad una riduzione la più accurata possibile dei frammenti, seguita da una mobilizzazione precoce.

Due lesioni traumatiche del carpo meritano anzitutto di esser conosciute nella pratica: la frattura dello scafoide e la lussazione dell'osso grande; d'altronde queste due lesioni frequentemente si associano. Ma bisogna anche pensare alla torsione del polso (diastasi scafo-lunare o sublussazione dello scafoide) che richiede un colpo di pollice del chirurgo per andar a posto. Esistono inoltre delle fratture del semilunare e dell'osso grande meno rare di quel che si crede. Un esame clinico profondo è indispensabile a chi vuol riconoscere la natura di una lesione traumatica del carpo: ma esso deve esser confermato e completato da un esame radiografico.

L'aumento del diametro antero-posteriore del polso, una deformazione a dorso di forchetta, ma situata in basso, sono in favore della lussazione

sub-totale del carpo retro-lunare, sopratutto se vi si aggiunge un raccorciamento del carpo e una mano *inchiodata* o per lo meno una grande debolezza nella flessione delle dita.

Un gonfiore localizzato nella semicirconferenza esterna del carpo, è in favore della frattura dello scafoide. La palpazione della regione permetterà di far la diagnosi con maggior precisione. Il trovare conservati i rapporti reciproci delle apofisi stiloidi del radio e del cubito permetterà di eliminare la lesione radio-cubitale e di pensare ad una lesione carpica propriamente detta. Se la tabacchiera anatomica è ricolma si tratta della frattura dello scafoide e allora i movimenti delle dita restano molto liberi. Se questi sono limitati e la forza di stringere è molto diminuita si tratta di una lussazione sub-totale retro-lunare.

I dolori nella zona dei nervi mediano e cubitale, sopratutto del nervo mediano, sono molto frequenti in questa lesione, sopratutto se c'è enucleazione del semilunare.

In ogni caso la radiografia coadiuva indispensabilmente la clinica.

Nei casi non dubbi essa conferma sempre l'esame clinico e spesso lo completa. Nei casi dubbi rivela le lesioni. E' all'esame radiografico che bisogna ricorrere, non all'esame radioscopico, perchè questo è insufficiente nelle lesioni carpiche. Bisogna sempre fare almeno due lastre radiografiche: una di fronte e una di profilo. Esse si completano mutualmente.

L'esame della lastra è preferibile alla riproduzione su carta, perchè più fedele e dà immagine più netta. Nei casi delicati si dovrà radiografare anche il polso sano, per compararlo con quello leso: questo sarà molto utile perchè esiste nei vari soggetti diversità di volume e di forma delle ossa del carpo. Nell'esame radiografico occorre molta pratica ed attenzione. Spesso delle fratture del semilunare per compressione, dell'osso grande e dell'uncinato sono state battezzate come «artrite cronica reumatica o tubercolare del carpo», «sinovite cronica del polso» perchè queste ossa presentavano modificazioni anatomiche poco distinte per un occhio non esercitato. Queste fratture sono molto meno rare di quel che non si creda; ma esse sono mal conosciute perchè succedono in seguito a traumi di lieve importanza e specialmente in principio dànno poco disturbo funzionale.

La lussazione sub-totale del carpo retro-lunare dev'essere ridotta prontamente se si vuol evitare al paziente la rigidità del polso e i disturbi nervosi che sono la conseguenza fatale della lesione abbandonata a sè stessa. Se sarà passato già un mese, la riduzione non deve esser più tentata: bisogna procedere alla resezione del semilunare e se esiste una frattura concomitante dello scafoide, all'ablazione del frammento superiore dello scafoide che resta attaccato al semilunare.

Nella frattura isolata dello scafoide, se consolidata in modo vizioso o se arreca dolore si deve asportare l'osso. Simile trattamento si deve fare nelle fratture delle altre ossa del carpo, nelle medesime circostanze.

B. MASCI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

SEMEIOTICA.

Sulle zone viscero-vasomotorie.

T. Zack (*Wien. Klin. Wochenschrift*, n. 25, 1920), ha potuto constatare in numerosi casi: 1° Che in individui con affezioni aortiche si trova spesso in corrispondenza ed ai lati del manubrio sternale, una zona nella quale la pelle spicca per un arrossamento a forma di semiluna. Questo arrossamento è spontaneo (indipendente da cause meccaniche) e permanente; 2° Che in individui affetti da lesioni aortiche o polmonari i vasi cutanei delle zone corrispondenti reagiscono a stimoli meccanici e psichici con una dilatazione molto più spiccata dei vasi cutanei delle zone limitrofe; p. es., dermografismo limitato ad una zona determinata, oppure più spiccato e più persistente in essa). L'A. ritiene che questi fenomeni vasomotorii limitati a determinate zone corrispondenti ad un organo malato, siano la conseguenza di uno stato irritativo delle cellule e fibre vasomotorie midollari corrispondenti all'organo malato; così come l'iperalgesia cutanea è la conseguenza dello stato irritativo nel quale le cellule e fibre dolorifiche appartenenti allo stesso segmento dell'organo ammalato si trovano in seguito all'affezione dell'organo.

In alcuni casi l'A. ha potuto constatare la comparsa di reazioni vasomotorie in regioni cutanee diverse appartenenti allo stesso segmento.

Esiste adunque oltre al riflesso viscero-sensoriale e a quello viscero-motorio, anche un riflesso viscero-vasomotorio.

POLLITZER.

CASISTICA E TERAPIA.

Tiroidismo e morbo di Basedow quali forme della neurosi traumatica.

E. Pulag. *Zeitschrift fur Klin. Medizin.*, 88, vol., fascicoli 1 e 2), osserva che il morbo di Basedow rappresenta una di quelle forme nelle quali si avvera la neurosi del simpatico, cioè uno stato di eccitazione eccessivo del simpatico. La base sulla quale si sviluppa il quadro morboso del Basedow è la predisposizione degenerativa e precisamente lo *stato degene-*

rativo di Bauer. Quale momento provocatore della malattia vengono in campo diversi fattori i quali tutti hanno di comune una azione stimolante specifica sul sistema vegetativo. Questa ipotesi ci spiega quei casi di Basedow che devono la loro origine ai traumi psichici, come pure quei casi nei quali bisogna cercarne la causa in una malattia infettiva.

Il voler spiegare il Basedow unicamente o per alterazioni della ghiandola timo, del pancreas o della tiroidea, non è sostenibile e le osservazioni degli autori concordemente ammettono oggi di riconoscere esatta la supposizione di Charcot e di Prousseaus che riguardavano il Basedow come una neurosi del simpatico e ancora che la *conditio sine qua non* per lo sviluppo della malattia deve essere ricercata nella costituzione anormale rispettivamente nello stato degenerativo di Choosteck e Giulio Bauer.

L. PERCHER.

La saliva nei diabetici.

È poco abbondante, vischiosa, spesso acida: in certi casi può contenere glucosio in proporzioni notevoli.

Esperienze di F. Rathery e L. Binet (*Presse médicale*, 1° maggio 1920) dimostrano che quando si eleva la percentuale di zucchero nel sangue, sia con iniezioni endovenose di glucosio, sia mediante la asportazione totale del pancreas, si ottiene una eliminazione di glucosio per mezzo della saliva.

La glucosio-scialorrea può accompagnare la glicosuria, alternarsi con essa od esistere allo stato isolato, senza zucchero nelle orine.

fil.

L'abuso delle iniezioni di canfora.

In questi ultimi tempi l'uso delle iniezioni di canfora si è diffuso in modo tale che esse minacciano di diventare una panacea: non solo, ma le dosi sono andate crescendo in modo tale che si introduce nell'organismo una quantità veramente eccessiva di canfora. Si è arrivati, in un bambino di sei anni ad introdurre in 11 giorni 44 g. di canfora, ed in una bambina undicenne con polmonite da influenza ed otite media, ad introdurre in 15 giorni 52 g. di canfora. Giustamente L. Cheinissè (*Presse Médicale*, 23 giugno 1920) si domanda se tali dosi possono realmente essere considerate come innocue e fa rilevare che risulta da ricerche sperimentali che la canfora può esercitare azione tossica sui centri nervosi (convulsioni cloniche), quando sia introdotta, anche in piccole dosi, per iniezione endovenosa. [Ricordiamo che tale modo di introduzione, sebbene ritenuto dall'A. più razionale, preciso ed efficace, è nettamente sconsigliato da altri. *N. d. Redat.*].

Uno dei coefficienti, per cui la canfora non manifesta azione tossica, è dato dal fatto che essa viene assorbita assai lentamente; man mano poi essa viene eliminata come acido canforo-glicuronico. Quando però la trasformazione della canfora in acido glicuronico è ostacolata per difficoltà dell'assorbimento d'ossigeno, si ha un accumulo di canfora e possibilità di grave intossicazione. Queste condizioni si presentano nelle intossicazioni da gas illuminante, da ossido di carbonio, nelle quali è quindi sconsigliata l'iniezione di canfora.

Oltre al medicamento per sè stesso, le quantità notevoli dell'eccipiente che si introduce possono avere qualche conseguenza, tanto più ora che, in mancanza di olio di oliva, si usa quello di vasellina. Si è osservato in causa di ciò lo sviluppo di reazioni nel tessuto connettivo, sotto forma di nodosità od anche di tumori, talora enormi, a sviluppo tardivo (fino a 18 mesi dopo l'iniezione) ed a prognosi abbastanza seria. Sembra che anche gli olii vegetali possano provocare detto inconveniente; per ovviarvi si consiglia di aggiungere l'etere all'olio d'oliva, ciò che ha anche il vantaggio di renderlo più fluido (canfora, etere solforico ana grammi uno: olio di oliva lavato all'alcool grammi dieci).

Per quanto poi riguarda l'azione medicamentosa, Fröhlich e Pollak hanno messo in rilievo l'importante effetto della canfora sui vasi periferici ed il vantaggio di associarla alla caffeina ed alla papaverina. Essa poi sarebbe controindicata nel cuore irritabile, specialmente nelle tachicardie di origine non infettiva e nei casi in cui vi è tendenza alla aritmia extrasistolica.

fil.

Le iniezioni endovenose di acqua ossigenata nella polmonite influenzale.

T. H. Oliver e D. V. Murphy (*Lancet*, 1920, n. 8) hanno tentato di combattere la grave tossiemia della polmonite influenzale, con l'iniezione endovenosa di acqua ossigenata. Due oncie (l'oncia è di g. 28.4) di acqua ossigenata al 10 % vengono diluite con otto once di soluzione fisiologica e rese leggermente alcaline con cinque gocce di ammoniaca (le acque ossigenate del commercio sono sempre molto acide e forse non sempre saranno sufficienti cinque gocce di ammoniaca). Ne risulta una soluzione leggermente effervescente, che venne iniettata nelle vene con molta lentezza (15 minuti). L'iniezione venne interrotta per breve tempo ogni quattro minuti, sia per la forma-

zione di grosse bolle di gas nella cannula, sia per la notevole inquietudine del malato.

Gli AA. hanno così trattato 25 casi, in cui si ebbero 13 guariti e 12 morti: fra questi ultimi, 9 non mostrarono effetti visibili consecutivi all'iniezione, 3 ebbero lieve miglioramento: uno dei pazienti morì dopo 5 ore dall'iniezione, durante un forte brivido. Non vennero osservati segni di embolismo gazoso.

Gli AA. ritengono che la mortalità del 48 %, in confronto di quella di 80 % in casi consimili, possa considerarsi come un risultato soddisfacente. *fil.*

Gargarismi nell'influenza.

Naftol B	g.	0.25
Perborato di sodio	»	13
Acqua distillata di menta	»	200

Acqua distillata q. b. per 1 litro.

IGIENE.

Il metodo Milne nel trattamento delle febbri eruttive.

Tuttora poco diffuso fra noi è il metodo Milne che permette di ridurre notevolmente la contagiosità delle febbri eruttive, ed imprime ad esse un carattere di benignità. Scarsi sono i contributi italiani in proposito, se si eccettui quello di A. Andruzzi e F. Rho, in *Annali di medicina navale e coloniale* del 1915. Eppure il metodo è antico ed ha avuto numerose conferme in Francia ed in Inghilterra. È stato preconizzato circa 40 anni fa da Robert Milne, che lo ha adottato in asili, nei quali convenivano i bambini dei quartieri più malsani di Londra. Mediante esso si è posto fine ad epidemie che vi duravano in modo continuo e si è ridotto a 30 o 40 il numero annuale dei casi, in ambienti in cui convengono 7-8000 bambini.

È importante applicarlo precocemente alla comparsa dei primi sintomi (corizza, lacrimazione, macchie di Köplik per il morbillo, angina per la scarlattina).

Si fanno pennellazioni delle amigdale, cavità faringea, regioni posteriori delle fosse nasali, con soluzione oleosa di acido fenico (1/10), che potrebbe anche essere sostituita da altri disinfettanti (gomenolo, protargolo). Le applicazioni vanno fatte ogni 2 ore per 24 ore, oppure ad intervalli più lunghi, e continuate in tal caso per 3-4 giorni. Contemporaneamente si fanno frizioni su tutto il corpo, dalla testa ai piedi, con olio di eucalipto (essenza di eucalipto, eucaliptol) da ripetersi una o due volte al giorno, per 8-10 giorni. Nella prima fase del morbillo si sospende sul capo e sul petto della garza sostenuta da un'armatura e vi si fanno di tratto in tratto delle aspersioni con olio di eucalipto.

Tale metodo ha permesso di tenere in sale comuni i malati di morbillo e scarlattina, senza che si sia prodotto alcun caso di contagio. Lemoine e Favre, che ne hanno riferito recentemente all'Accademia di medicina di Parigi, ritengono che forse negli ambienti ospedalieri il metodo di Milne non è pratico, soprattutto per la continua assistenza che richiede, e che esigerebbe molto personale: esso invece è destinato a dare notevoli vantaggi in piccoli aggruppamenti, come quelli delle famiglie, di collegi, di ambienti militari non molto numerosi. È da sperare che mediante esso si possa arrivare a ridurre il periodo di segregazione di certe malattie, come p. e. la scarlattina, per la quale molti non osano lasciare la libertà che dopo i 40 giorni, periodo fissato arbitrariamente, che potrebbe in molti casi venire di molto ridotto, senza nessun inconveniente. *fil.*

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Classificazione biologica dei bacilli dell'influenza

T. M. Rivers (*Johns Hopkins Hosp. Bull.*, febbraio 1920) tenta di desumere i caratteri del bacillo dell'influenza dall'esame di 32 stipiti, isolati dalla faringe di individui normali durante l'influenza, da meningiti influenzali, dall'influenza epidemica. L'A. ha studiato comparativamente anche due stipiti di *B. pertussis*, che può essere separato da quello dell'influenza, sia per la possibilità di essere coltivato, dopo un certo tempo, su mezzi comuni, sia perchè esso non forma nè indolo nè nitriti, sia perchè alcalinizza in alto grado il latte.

Secondo l'A. lo studio del bacillo dell'influenza deve basarsi sui caratteri seguenti:

1° Determinazione delle proprietà emoglobinofile;

2° Caratteri delle colonie (sono riportate anche riproduzioni fotografiche);

3° Prova di emolisi;

4° Colorazione col Gram (negativa);

5° Morfologia;

6° Mobilità (negativa);

7° Formazione di indol;

8° Riduzione di nitrati in nitriti;

9° Formazione di emolisi;

10° Reazione nel brodo al latte e sangue.

Questi caratteri permettono la suddivisione di gruppi, fra i quali l'A. richiama l'attenzione sopra uno dei dieci stipiti a caratteri morfologici, e biologici identici.

Essi formano tutti indol, riducono i nitrati in nitriti e rendono leggermente acido in 48 ore il brodo-latte-sangue. Un altro gruppo di nove era caratterizzato da formazione di amilosi. *fil.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1168) *Mezzi epilatori.* — All'abb. n. 7154:

Sconsigliamo le paste epilatorie: il radium e la elettrolisi sono i mezzi migliori purchè adoperati con tutte le cautele necessarie per impedire la formazione di cicatrici deturpanti.

V. MONTESANO.

(1169) All'abb. 7339:

L'indirizzo dell'Istituto bibliografico italiano è il seguente: Roma, Trinità dei Monti, n. 18. Direttori: Palmarocchi e Baldasseroni. Per l'*Ornitologia* del Savi può fare richieste alla Libreria Nardecchia a Roma, via Università 13.

fil.

(1170) *Riviste di otorinolaringoiatria italiane.* — All'abb. n. 9533:

Attualmente abbiamo in Italia, con intenti un po' diversi l'uno dall'altro, i seguenti periodici:

1° *Archivii italiani di laringologia.* (Napoli, Piazza Municipio 4);

2° *Bollettino delle malattie dell'orecchio, naso e gola.* (Firenze, Borgo de' Greci, 10);

3° *Archivio italiano di otologia.* (Torino, via Porro, 2-4).

g. b.

(1171) *La etiologia della sclerosi a placche.* — All'abb. n. 647:

I più recenti studi sulla etiologia della sclerosi a placche tenderebbero a far credere che questa affezione sia dovuta ad un microrganismo specifico, ad uno spirochete speciale, che però non avrebbe nulla di comune con quello della sifilide.

I lavori più interessanti al riguardo sono quelli di Kuhn e Steiner e di Simons, che riprodussero sperimentalmente nei conigli la sclerosi a placche, e quello di Marinesco, che ha intraveduto lo spirochete. Si tratta però di osservazioni che meritano un largo controllo.

dr.

(1127) *La cura della morfinomania.* — All'abbonato n. 912:

La cura de'la morfinomania si pratica con tre metodi: rapido, lento e di sostituzione. Col primo metodo si sopprime bruscamente la somministrazione del farmaco. Col secondo metodo si diminuisce gradualmente la dose quotidiana di morfina. Con il metodo della sostituzione si sopprime la somministrazione della morfina e si somministrano altri sedativi, come i bromuri, altri alcaloidi dell'oppio, la cocaina, il cloralio, ecc.

Il primo metodo ha l'inconveniente di provocare disturbi (agitazione, insonnia, ecc.) talvolta gravi. Il terzo metodo ha lo svantaggio di sostituire un avvelenamento con un altro. Preferibile è il metodo lento, che può eventualmente essere accelerato con la somministrazione di piccole dosi di sedativi. Ma talvolta anche questo sistema dà risultati positivi soltanto quando sia praticato in case di salute, per modo che venga tolta al paziente ogni possibilità di procurarsi la morfina.

dr.

CENNI BIBLIOGRAFICI

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

L'assistenza ai minorenni anormali. Bollettino della Scuola Magistrale Ortofrenica di Roma: anni V e VI. Un vol. in-8 di circa 200 pagine. — Prezzo del fascicolo (annata doppia) L. 8.

Il ritardo, con cui viene pubblicato questo periodico, ha permesso di riunire in un solo volume una serie di importanti lavori. Citiamo fra questi un lucido articolo di G. Montesano sulla Pedagogia scientifica positiva, in cui sono esposti i criteri generali, ai quali deve informarsi la pedagogia, criteri, che vengono modificandosi, secondo le teorie filosofiche dominanti.

Seguono note pratiche dello stesso Montesano sulla compilazione delle carte biografiche, di P. Parise sulla classificazione ed educazione dei fanciulli frenastenici, di G. Mangili sui problemi per classi elementari comuni e differenziali, ecc.

Diverse recensioni e notizie sul movimento per gli anormali in Italia ed all'estero completano il volume.

fil.

ANGIOLANI dott. ARGEO: *I cibi e l'alimentazione.* Un vol. in-16 di 166 pag. rilegato. — Casa editrice Sonzogno, Milano. — Prezzo L. 3.

L'interessante argomento è esposto dall'A. in modo chiaro, preciso e sistematico, trattando prima dei principî alimentari, poi della trasformazione degli alimenti nell'organismo. Vengono in seguito studiate la funzione degli alimenti nell'organismo, i bisogni energetici di questo ed i principî di azione alimentare. Il volumetto può essere utile ai pratici per la esposizione sintetica dell'argomento, studiato dal punto di vista chimico e fisiologico, e per le molte tabelle che offrono utili dati e raffronti per la composizione dei diversi regimi alimentari. Qualche inesattezza è sfuggita (p. es. la composizione dell'acqua di mare), ma trattasi di piccole mende non facilmente evitabili, che sono ben lungi dal guastare l'insieme del lavoro.

fil.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Per il concorso a medico provinciale aggiunto.

È noto ai nostri lettori che con decreto del 30 maggio c. a. il Ministero degli Interni bandì un concorso per 34 medici provinciali aggiunti. Ed è noto pure che il Consiglio dell'Ordine dei Medici di Parma decise di boicottare il concorso stesso ravvisando che le condizioni imposte fossero poco convenienti. La inibizione dell'esercizio professionale, la possibilità della destinazione in Libia, il periodo di prova, e sopra tutto la esiguità dello stipendio non parvero al Consiglio dell'Ordine dei Medici di Parma condizioni decorose.

Il nostro giornale convenne nel riconoscere che lo stipendio indicato nel bando di concorso era veramente inadeguato al decoro del posto ed alle condizioni economiche attuali.

Dopo di che parecchi colleghi ci hanno scritto, alcuni lodando la iniziativa del Consiglio dell'Ordine di Parma, altri trovandola eccessiva. I primi si dichiararono soddisfatti che anche per i posti governativi sia stata adoperata l'arma del boicottaggio e che finalmente gli Ordini dei Medici siano una buona volta usciti, per quel che riguarda la difesa degli interessi di classe, da quell'agnosticismo che minacciava il marasma. Gli altri ritengono che la quistione così come è stata impostata dall'Ordine di Parma investe problemi più larghi e generali e non riflettenti esclusivamente i funzionari medici dello Stato.

In effetto la quistione della residenza, del libero esercizio professionale, del periodo di prova, è comune a tutti gli impieghi di Stato. Non è dubbio che queste quistioni meritano la maggiore considerazione e devono essere una buona volta affrontate e risolute nell'interesse dello Stato e dei suoi funzionari. Ma è dubbio che lo Stato possa decidersi ad una soluzione sotto la minaccia di una sola categoria di aspiranti ad impiego. E d'altra parte alcuni dei motivi della decisione del Consiglio dell'Ordine di Parma non costituiscono neppure materia incontroversa nella opinione dei medici. È infatti ancora discusso e discutibile se alla generalità dei medici convenga che ai loro colleghi preposti ad uffici pubblici di controllo, e che per sè stessi pongono in una posizione di privilegio, debba essere concesso il diritto dell'esercizio professionale.

L'unica quistione che merita considerazione è quella riguardante lo stipendio. Ci scrivono che se è vero che lo stipendio iniziale per i medici provinciali aggiunti è di 4000 lire, non è men vero che ad esse vanno aggiunte circa 2000 lire di caro-viveri e tutte quelle competenze accessorie che costituiscono il maggior guadagno dei funzionari medici della Sanità pubblica, e che lo stipendio, all'infuori di ogni indennità e di altre competenze, aumenta abbastanza rapidamente fino a 10,000 lire ed a 12.000 lire quando gli aggiunti raggiungono per carriera normale il grado di medico.

Tutto ciò ha la sua importanza.

Ma conviene anche riconoscere che per giungere a tali stipendî massimi, che pure non costituiscono la ricca pasciona, bisogna attendere molti anni. Quello che è certo si è che gli stipendî iniziali non sono affatto adeguati alla importanza delle prestazioni, ai sacrificî che si richiedono ed alle attuali condizioni generali.

Noi ci rendiamo conto che in ossequio alle leggi attuali il bando di concorso non poteva fare condizioni diverse, e sappiamo pure che per modificare una legge ne occorre un'altra. Date le costanti prove di simpatia che la Direzione Generale di Sanità ha sempre manifestate per la classe medica, la quale ha sempre trovato nella Direzione stessa la più efficace tutela dei suoi interessi materiali e del suo prestigio, siamo disposti a credere che se fosse ancora in vigore l'abusato sistema dei Decreti-Legge, qualche provvedimento si sarebbe già preso per rendere le condizioni economiche dei funzionarî medici del Ministero degli Interni più adeguate alle necessità del momento. Chi ha la responsabilità di un servizio così importante come quello della Sanità pubblica non può fare a meno di esigere che alla propria dipendenza siano funzionarî capaci e degni. Le condizioni economiche indicate nel bando di concorso invece sono tali da non costituire allettamento alcuno per gli elementi migliori.

Per i più umili servizî, per lavori esclusivamente di manovalanza vengono in altre Amministrazioni statali corrisposti stipendî ben maggiori di quelli ora offerti ai medici provinciali aggiunti.

Non per meschini interessi di classe, ma per il progresso, per l'avvenire dell'umanità noi dobbiamo volere, fermamente volere, che al lavoro intellettuale siano attribuiti compensi di allettamento.

Su ciò non c'è dottrina sociale che dissenta.

Ma appunto perchè la nostra azione sia rispondente ai nostri fini, deve avere metodi di lotta dignitosi. Le classi intellettuali, se vogliono conservare la loro superiorità, devono pure fare assegnamento sulla forza della persuasione.

Avevamo già scritto queste note quando abbiamo appreso che la Federazione degli Ordini dei Medici ha, pure essa, diffidato il concorso. Speriamo che tale autorevole intervento agevoli il componimento della questione. I termini del concorso sono stati già rinviati; un ulteriore rinvio forse si impone in attesa di provvedimenti legislativi che valgano a rendere più eque e decorose le condizioni del concorso.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8393) *Indennità caro-viveri.* — Dott. L. C. di F. — Le compete la indennità caro-viveri di lire 100 mensili, oltre centesimi 85 al giorno per ogni figlio minore e convivente, oltre i primi tre. L'ultimo Decreto che riguarda l'indennità caro-viveri non si applica agli impiegati comunali, ma solamente a quelli governativi.

(8394) *Documenti per pubblici concorsi.* — Dott. G. N. da V. della L. — Quando non si possa fare diversamente, si può mandare il solo elenco

dei titoli e documenti che si posseggono. Ma è consigliabile mandare i titoli stessi ad ognuna delle Commissioni visitatrici per porla in grado di pronunciare il proprio giudizio tecnico con piena conoscenza di causa.

(8395) *Medico condotto - Ufficiale sanitario.* — Dott. A. A. C. da C. — Il medico condotto non può esercitare le funzioni di ufficiale sanitario che quando manchi nel Comune un libero esercente. Il libero esercente che desideri occupare il posto, deve rendersi parte diligente perchè si bandisca subito il relativo concorso e prendervi parte. Non è il caso di insistere per un incarico provvisorio perchè l'esperienza dimostra che i Prefetti non tanto facilmente revocano l'incarico provvisorio concesso ad un professionista per darlo anche provvisoriamente ad un altro.

(8396) *Indennità caro-viveri.* — Dott. U. R. da B. — Noi riteniamo che anche a Lei competa l'indennità caro-viveri in base al D. L. del 9 marzo 1919, n. 338. Essendosi già la G. P. A. dichiarata contraria con ordinanza riportata in forma poco chiara, non avrebbe altro mezzo per assodare la posizione, che quello di citare il Comune dinanzi all'autorità giudiziaria competente per valere.

(8397) *Età per pubblici concorsi.* — Dott. L. M. da C. d'A. — Alle esposte condizioni può sempre prender parte a concorsi per posti di medico condotto.

(8398) *Ufficiale sanitario - Medico di reparto delle Ferrovie.* — Dott. N. F. da M. al T. — L'articolo che desidera conoscere è il 18 della legge sanitaria. In nessuna legge è stabilito come titolo di preferenza per la nomina a medico di reparto delle ferrovie la qualità di medico condotto, o di ufficiale sanitario.

(8399) *Certificati medici per emigrazione - Rivaccinazioni.* — Dott. G. M. da B. — Tutti i certificati medici richiesti ad uso di passaporto per l'estero debbono essere rilasciati gratuitamente a tutti gli emigranti per ricerca di lavoro. Di tal che la gratuità compete anche a colui che non sia inscritto nello elenco dei poveri, sempre che emigri a scopo di lavoro. Le rivaccinazioni vanno tutte eseguite gratuitamente facendo esse parte degli obblighi di servizio normale del medico condotto.

(8400) *Ricorsi contro deliberazioni comunali che sospendono il medico condotto.* — Dott. M. C. B. — Contro le deliberazioni dei Consigli comunali con cui si infligge la sospensione al medico condotto per durata superiore a tre mesi è dato ricorso, anche pel merito, alla G. P. A. in sede contenziosa. Se è per durata inferiore, il ricorso alla stessa Giunta deve riflettere eccesso di potere, incompetenza o violazione di legge.

(8401) *Visita alle scuole - Indennità.* — Dottor L. A. da C. — Per la visita alle scuole poste fuori dell'abitato nessuna speciale indennità compete all'ufficiale sanitario, giacchè detta visita rientra nel novero delle sue normali funzioni. Però ha diritto ai mezzi di viaggio a spesa del Comune.

(8402) *Tassa di R. M. - Ammontare.* — Dottor F. F. da A. N. — Sullo stipendio ricade la R. M. in ragione dell'8.65 %. Anche sull'imponibile di L. 4000 si paga la ricchezza mobile, ma con tasso diverso e superiore. Tenuto conto di ciò, e delle spese di riscossione, che gravano l'imposta, non sembra esagerata la cifra indicata.

(8403) *Mese di congedo - Pagamento.* — Dott. V. G. da M. M. — Il sottoprefetto ha fatto bene ad annullare la deliberazione con cui Le si concedeva il pagamento del mese di congedo, non usufruito. Quando si rinunzia al congedo non si ha diritto ad alcun compenso. Se sotto tal titolo il compenso è illegale, crederemmo che possa passare se nel deliberato si parlasse di onorario per lavoro straordinario eseguito nello interesse dell'igiene e della sanità pubblica.

(8404) *Indennità caro-viveri.* — Dott. C. G. da V. — Salvo eventuali patti contrari, Le compete l'indennità caro-viveri dall'aprile all'agosto del decorso anno. Le compete eziandio pel periodo di tempo dall'agosto al dicembre p. p. se, come dice, il nuovo stipendio cominciò a decorrere dal 1° gennaio 1920.

(8406) *Medici di bordo.* — Dott. D. C. da M. — I medici di bordo non sono impiegati governativi, ma restano alla dipendenza delle società esercenti. Non hanno diritto a pensione da parte dello Stato nè acquistano stabilità legale. Per conoscere lo stipendio, che naturalmente varia a seconda della entità dei viaggi e della attitudine professionale del sanitario, bisognerà rivolgersi alle locali agenzie delle grandi società di navigazione.

(8407) *Indennità caro-viveri.* — Dott. L. G. da St. — L'avere uno stipendio superiore a quello stabilito pel titolare non esime il Comune dall'obbligo di corrisponderle l'indennità caro-viveri. Qualora tutti la negassero, può ricorrere all'autorità giudiziaria.

(8408) *Indennità caro-viveri.* — Dott. F. A. da F. — Sempre quando non sia stato stabilito che nella diaria giornaliera si intenda compresa anche la indennità caro-viveri, Ella ha diritto a questa ultima nella misura di lire 100 mensili come ammogliato senza prole. Ciò in virtù del D. L. del 9 marzo 1919, n. 338. Bisogna farne domanda al Consiglio comunale ed, in caso di esito infruttuoso, alla G. P. A.

(8409) *Seconda indennità caro-viveri.* — Dott. O. B. da M. — Non sono applicabili agli impiegati di codesto Comune le disposizioni contenute nel D. R. del 3 giugno 1920, n. 737, in quanto che l'articolo 62 si riferisce alle norme già in vigore nel momento della sua approvazione e non a quelle che in quell'epoca non erano state ancora promulgate in favore degli impiegati governativi.

Servizio medico-militare. — Al dott. R. R. Quarata:

No. Per le norme nuove vigenti la polizza di assicurazione è devoluta agli ufficiali che dal 1° gennaio 1918 in avanti hanno appartenuto ad unità dislocate tra la linea del fuoco e quella costituita dalle sedi di Comando di Brigata.

G. M.

CONDOTTE E CONCORSI.

ASSISI (*Perugia*). — Medico-chirurgo della seconda condotta di città, per la cura gratuita dei poveri; il titolare è altresì aiuto chirurgo dell'Ospedale civile: dovrà quindi esibire titoli e documenti comprovanti la pratica chirurgica. Età massima 35 anni, qualora non si trovi in servizio presso altre Amministrazioni. Stipendio L. 6000 lorde per la condotta, L. 500 per il servizio di aiuto chirurgo, oltre l'indennità caro-viveri. Obbligo di applicare la riduzione del 50 % sulla tariffa, per la cura dei semi-abbienti. Compartecipazione agli utili delle operazioni: assicurazione contro gli infortuni professionali, a carico del Comune. Scad. 5 settembre.

CARPENEDOLO (*Brescia*). — Due posti di Medico-chirurgo-ostetrico per soli poveri. Stipendio lordo L. 5000 pel primo biennio elevabile a L. 5500 a partire dal terzo anno oltre all'indennità caro-viveri. Cinque aumenti quinquennali del decimo, oltre L. 2000 se con cavallo e L. 1000 se con altri mezzi e L. 630 quale ufficiale sanitario. Scadenza 31 agosto.

CASELLETTE (*Torino*). — Condotta medica; stipendio L. 4000; ufficiale sanitario L. 500; indennità alloggio L. 100. Scadenza 31 agosto.

CASTELNUOVO VAL DI CECINA (*Pisa*). — Due posti di Medico condotto per le frazioni di Sasso e Leccia per la cura dei poveri. Stipendio L. 6000 oltre L. 2000 per la cavalcatura, L. 500 quale Uff. san. e indennità caro-viveri. Scadenza 31 agosto.

CHIARI (*Brescia*). — Medico primario dell'ospedale Mellini Mellino. Stipendio L. 4000 nette da R. M., oltre l'indennità caro-viveri e l'alloggio. Nomina fatta dalla Commissione amministrativa. Fra i titoli si esige il servizio di almeno due anni come assistente di grande ospedale e di Clinica. Scadenza 15 settembre.

CINIGIANO (*Grosseto*). — Condotte residenziali di Cinigiano e Monticello dell'Amiata. 7000 annue, con relative ritenute, più caro-viveri. Non vi è obbligo di cavalcatura. Il medico di Monticello dell'Amiata tiene anche l'armadio farmaceutico e ne percepisce la relativa indennità. Scadenza 15 settembre.

CORTONA (*Arezzo*). — Due posti di Medico chirurgo per le frazioni di Cignano e Testerina. Stipendio L. 6000 con aumenti quinquennali del decimo; indennità caro-viveri, oltre L. 2000 per il mezzo di trasporto ed alloggio gratuito. Scadenza 30 agosto.

CREVALCORE (*Bologna*). — Due posti di Medici-chirurghi delle condotte di Caselle e Palata. Stipendio lordo per ciascuna condotta L. 6000 oltre l'indennità di L. 2000 per la cavalcatura ed il caroviveri. Lo stipendio sarà aumentato del 2 % ogni anno e per 25 anniconsecutivi. Scadenza 31 agosto.

GIMIGLIANO (*Catanzaro*). — Due condotte per i poveri. Stipendio lordo L. 4000 con cinque aumenti quadriennali del decimo. Età massima 45 anni, salvo per chi sia stato in servizio in altre condotte. Popolazione complessiva del Comune 5125. Scadenza 30 agosto.

MOGLIANO VENETO (*Treviso*). — Concorso a Direttore sanitario del Pellagrosario e Casa Ricovero. Scadenza 30 agosto. Per informazioni rivolgersi all'Istituto stesso.

MUSSOLENTE (*Vicenza*). — Condotta libera. Stipendio L. 6000, oltre L. 500 quale Uff. san. e lire 1800 pel mezzo di trasporto; indennità caro-viveri. Scadenza 31 agosto.

NIMIS (*Udine*). — Medico comunale, secondo reparto. Stipendio L. 6000 con tre aumenti sessennali del decimo. Caro-viveri di legge. Indennità cavalc. L. 1500. Compenso L. 1 per ogni povero in più dei 1500. Scadenza 30 agosto.

ORBETELLO (*Grosseto*). — Concorso alle seguenti condotte residenziali: Orbetello Città — Frazione Capalbio — Frazione Talamone. Stipendio 7000 per mille poveri. Aumenti sessennali. Scadenza 31 agosto.

ROVIGO. — Concorso a tre condotte mediche per i soli poveri. Stipendio per ciascuna, lorde lire 6000, suscettibili di 5 aumenti quadriennali del decimo per i primi mille poveri; per ogni 50 poveri in più lire 100. Indennità caro-viveri, indennità mezzo trasporto relativamente di lire 500. lire 1000, lire 1800. Documenti di rito. Età non superiore a 45 anni, salvo per i concorrenti che abbiano prestato o prestino servizio in altra condotta. Scadenza 31 agosto.

SEDEGLIANO (*Udine*). — Stipendio L. 6000, indennità cavalcatura L. 2000, L. 200 quale Uff. san. e indennità caro-viveri. Scadenza 31 agosto.

TORRE DI MOSTO (*Venezia*). — Condotta per i poveri. Stipendio lordo L.9000. Indennità di L. 800 perchè Comune dichiarato malarico. L. 1800 indennità cav.; L. 500 quale Uff. san.; caro-viveri e alloggio gratuito. Scadenza 31 agosto.

VERGHERETO (*Firenze*). — Condotta residenziale di Alfero (capoluogo di frazione). Popolazione 2019 di cui 500 poveri, in territorio montuoso. Stipendio 8000 lorde, compresa l'indennità di cavalcatura obbligatoria. Quattro aumenti in periodi non superiori al quinquennio; indennità caro-viveri di legge. Scadenza 31 agosto.

Diffide.

RADICONDOLI (*Siena*), frazione di Anqua. — L'Ordine dei Medici della provincia di Siena dichiara boicottato il servizio sanitario in detta frazione, per il contegno selvaggio e brutale della popolazione, che il 2 agosto p. p. ha trasceso a vie di fatto contro i medici, prendendo come pretesto la trasformazione delle condotte da tutta cura in residenziali. I medici debbono astenersi dall'accettare qualsiasi servizio interinale, o dal prestare comunque la loro opera in detto Comune.

La Federazione degli Ordini dei Medici ed il concorso a medico Provinciale aggiunto.

La Giunta Esecutiva della Federazione degli Ordini dei Medici, preso in esame l'avviso di concorso bandito dal Ministero dell'Interno ai posti di Medico Provinciale Aggiunto e la protesta dell'Ordine dei Medici di Parma intorno al concorso stesso, protesta alla quale hanno aderito parecchi Ordini.

Considerato che le condizioni economiche fatte ai Medici Provinciali Aggiunti, all'infuori di ogni futura modificazione di carriera nella loro pianta organica non sono oggi rispondenti nè alle necessità della vita, nè agli stipendi assegnati ai medici nei loro uffici presso altri Enti Pubblici, nè adatte a garantire la scelta tra concorrenti in base alla competenza e alla capacità scientifica.

Riuscite vane le pratiche fatte per ottenere il miglioramento degli stipendi iniziali stabiliti nel concorso, giacchè esse corrispondono alle attuali disposizioni di leggi.

Diffida.

Invita i colleghi a non partecipare al concorso stesso finchè non vengono modificate le condizioni di stipendio.

E dà a questa diffida il preciso ed unico significato di tutela generale della Classe Medica così come pel passato questa Federazione diffidò i concorsi a posti di Medico nell'Esercito e nella Marina e recentemente diffidò il concorso al posto di Sanitario presso la colonia dei coatti di Tremiti per il preciso dovere che ha la Federazione di difendere ogni categoria di Medici, sia quelli che hanno uffici presso Pubbliche Amministrazioni, sia quelli che hanno il libero esercizio della medicina.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il dott. Giuseppe Lesignoli, di Parma, capitano medico della C. R. I., è stato insignito della Croce di cavaliere della Corona d'Italia per le benemerenze acquistate in servizio durante la guerra.

Il prof. Mario Flamini, nostro apprezzato collaboratore per la pediatra, è stato insignito della commenda. Vivi rallegramenti.

NOTIZIE DIVERSE.

Riforma nella Sanità militare.

Con decreto ministeriale, il Ministro della guerra ha nominato una Commissione speciale incaricata di proporre provvedimenti intesi a dare una sollecita e conveniente sistemazione ai servizi sanitari militari, la quale senza pregiudizio dell'ordinamento definitivo del Regio Esercito e del riordinamento dell'amministrazione centrale della guerra, permetta di assolvere nel miglior modo possibile, nell'attuale periodo transitorio post-bellico, i compiti che sono affidati alla Sanità militare. Fanno parte della detta Commissione: senatore prof. A. Lustig, presidente; comm. Nardi, direttore generale Ministero guerra; on. prof. Baglioni, deputato al Parlamento; comm. Lutrario, direttore generale della Sanità Pubblica; comm. dott. Achille Villa, membro del C. S. di Sanità e dell'Ordine dei Medici di Roma; generale medico Bonomo; generale medico della Valle; colonnello medico Riva, direttore del Celio.

La Direzione Generale di Sanità a pro del Mezzogiorno d'Italia.

Il Direttore Generale della Sanità pubblica del Regno, prof. comm. Lutrario, si occupa con grande fervore di Napoli e del resto del Mezzogiorno, ciò che significa occuparsi della Nazione intiera, le cui sorti sono intimamente legate alla rigenerazione sanitaria, economica e morale delle popolazioni meridionali. Non vi ha importante iniziativa di igiene pubblica e di medicina sociale in Napoli e dintorni, che in questi ultimi anni non sia stata generosamente sovvenzionata dal Governo su proposta della Direzione generale di Sanità. Basti citare l'istituto «Per i bambini d'Italia», l'«Asilo-scuola per i piccoli irredenti di Napoli a Marechiaro», tutti e due fondati dal prof. Tropeano, e il «Pausillipon»; la Colonia Marina di Portici e l'Istituto per tubercolotici a Villa Santobuono, fondati dal prof. sen. Pascale; l'Ospizio marino di Bagnoli, diretto dal prof. Curcio; la Società antitubercolare napoletana, presieduta dal prof. senatore Bianchi; l'Ospedale Incurabili per una erigenda sezione ospedaliera di tubercolotici; l'Ospizio Vita per il reparto tubercolotici; i dispensari antitubercolari, diretti dal prof. Castellino, dal prof Jemma, dal prof. Pirera. Altra volta facemmo cenno del corso di perfezionamento sulla profilassi antitubercolare, che, come primo esperimento in Italia, si è svolto presso la R. Università di Napoli, prescindendo da speciali corsi d'igiene scolastica ed antitubercolare impartiti in varie scuole normali. Per questo complesso di opere il Governo è venuto erogando circa un milione.

Per la profilassi antitetanica.

La Direzione Generale Sanità Militare, con disposizione del 26 maggio u. s., ha stabilito che il siero antitetanico «Tizzoni», prodotto dal Laboratorio Militare di Bologna, venga ceduto a condizioni oltremodo vantaggiose anche alle Provincie, Comuni, Ospedali e Società di pubblica assistenza che ne faranno richiesta. Ciò allo scopo precipuo di favorire la estensione della sieroprofilassi del tetano a tutti gli infortunati sul lavoro.

Il prezzo di cessione è stato fissato in L. 2 per ogni dose preventiva, escluse le spese di porto e d'imballaggio.

Le richieste, accompagnate dall'importo relativo, dovranno essere rivolte alla Farmacia dell'Ospedale Militare principale di Bologna, la quale provvederà alla spedizione con la massima sollecitudine.

Prossimamente saranno delegate ad effettuare la cessione del siero antitetanico anche tutte le Farmacie degli Ospedali Militari principali.

La cessione di cui sopra non ha fini commerciali e perciò sono da essa esclusi i privati, senza eccezione alcuna.

La falsificazione della cocaina.

Il notevole consumo della cocaina a scopi tutt'altro che terapeutici ed il rilevante prezzo a cui viene venduta, specialmente di contrabbando, hanno indotto i commercianti disonesti a diverse falsificazioni. Fra le più frequenti citiamo quelle con solfato di magnesio, carbonato di calcio. Vi sono campioni, che non contengono nemmeno tracce di cocaina.

Come vengono accolte le assicurazioni sociali.

L'Unione Sindacale e gli anarchici conducono da tempo un'attivissima propaganda per indurre gli operai a non pagare la propria quota di contribuzione al fondo assicurazione per l'invalidità e la vecchiaia, il quale deve essere integrato dai contributi del padronato e dello Stato, ed invitano gli operai ad accettare il decreto soltanto se verrà sancito che da parte loro non si dovrà contribuire in alcun modo alla formazione del fondo.

A Milano, in parecchi stabilimenti, gli operai hanno rifiutato di pagare il loro contributo, ed in alcune officine hanno scioperato. Per la stessa causa anche a Roma si è avuto lo sciopero bianco nelle officine Tabanelli.

Vittime del dovere.

A Fossola (Carrara) il dott. Amilcare Barbarisi è stato barbaramente ucciso a pugnalate da un delinquente che pretendeva un certificato d'infortunio che non gli spettava.

A Ventotene, due coatti uccisero a colpi di sciabola il dott. Giuseppe Damiani, medico del penitenziario, perchè si era rifiutato di attestare il falso sulle condizioni di salute dei due delinquenti.

Casi pietosi.

A San Giovanni Valdarno, mentre il dott. Bassanelli stava operando un colono, certo Giuseppe Sangallo, ferito da una coltellata durante i disordini provocati dallo sciopero colonico, e riallacciava i vasi recisi della milza, avvenne la prima interruzione della corrente per lo sciopero degli elettricisti. Il chirurgo, rimasto al buio, non potè continuare; si rivolse allora ai dirigenti dell'azienda, pregandoli per telefono di ridare la corrente all'Ospedale. Quando la luce ritornò, essendo trascorsi alcuni minuti, il professore non vide sul tavolo operatorio che un uomo agonizzante. Il colono poco dopo moriva.

NECROLOGIA.

Si è spento al lazzaretto di S. Sabina, il dottore FILIPPO APPIGNANESI, che per cinque anni aveva compiuto il servizio militare alla fronte, dapprima come studente, poi come aspirante medico. Abitando in un quartiere infetto, si ammalò di scarlattina: con la febbre a 40°, volle presentarsi ugualmente agli esami di laurea, dove, tendendo la sua volontà in un supremo sforzo, ottenne i pieni voti con lode. Appena di ritorno a casa fu preso da collasso, e trasportato poi in gravissime condizioni al lazzaretto.

Ai funerali di questa coraggiosa vittima del suo buon volere, intervennero l'on. prof. Cirincione in rappresentanza della facoltà di medicina, la rappresentanza del presidio, amici e colleghi numerosissimi. L'estremo saluto alla salma fu dato dal prof. Cirincione e dal dott. Radogna.

Il Fascicolo 8 (1° agosto) della nostra SEZIONE MEDICA, contiene:

Il Fascicolo 8-9 (15 agosto-15 settembre) della nostra SEZIONE CHIRURGICA, contiene:

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1920 - Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, ed. resp

Anno XXVII Roma, 30 Agosto 1920 Fasc. 35.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

SEZIONE RADIOLOGICA DELL'OSPEDALE MAGGIORE DI MILANO
diretta dal dott. L. PAROLA.

I disturbi di deglutizione degli aortitici ai raggi X.

Dott. A. NICOTRA, capitano medico R. Marina, assistente volontario.

Capita qualche volta nella pratica clinica di dovere esaminare degli individui, adulti dai 50 ai 70 anni, per disturbi della deglutizione, datanti da qualche mese, nei quali l'esame fisico obiettivo non trova la causa della disfagia. Nell'anamnesi si trova spesso la lue pregressa, e obiettivamente i segni di arterio-sclerosi.

Altre volte, invece, l'esame dell'apparato circolatorio rileva una alterazione dell'aorta toracica. La diagnosi clinica è allora, generalmente, di stenosi esofagea da probabile compressione aortica.

Il quadro radiologico in questi casi non è del tutto costante. Si può, però riferirlo sempre ai due tipi seguenti:

a) l'acqua e la pappa di barite scendono lungo il faringe e l'esofago cervicale con un progresso lento, incerto, e stentatamente, ar-

restandosi temporaneamente in qualche punto, e specialmente all'altezza dell'arco aortico. La pillola dimostra più evidente la disfagia della parte alta del'esofago, e finisce per subire un arresto lungo, o all'arco aortico o al terzo inferiore dell'esofago. La pappa vi si può accumulare sopra disegnando, spesse volte, sullo schermo l'ombra di un cono ad apice centrale, e a margini perfettamente lisci e regolari. L'ombra è raramente agitata da movimenti peristaltici od anteperistaltici. Dopo qualche tempo la pillola allungandosi e sformandosi, passa oltre la stenosi.

b) assai più frequentemente, invece, pappa e pillola attraversano il faringe e l'esofago con difficoltà, in preda a movimenti incoordinati di peristalsi ed antiperistalsi, subiscono degli arresti brevi in qualche punto, specialmente all'arco aortico, ma non si fermano a lungo, e, traversando l'esofago toracico meno stentatamente, pervengono allo stomaco.

Il reperto radiologico di alterazioni dell'aorta toracica (per aneurisma, ectasia, allungamento, od opacità maggiore diffusa, o a placche) è in questi casi assai più frequente di quanto non lo sia il reperto all'esame fisico.

La radiologia constata, però, che nel maggiore numero di casi l'aorta, imputata di compressione sull'esofago, è così poco aumentata di volume, per quanto ectasica, che non si capisce come essa possa dare una stenosi da compressione meccanica su l'esofago toracico dotato di tanta spostabilità.

L'ipotesi di un'azione meccanica di compressione potrebbe essere discussa solo nel quadro *a*), in cui allo schermo fluorescente, può constatarsi un arresto permanente del pasto opaco. Deve essere, invece, scartata nel quadro radiologico *b*), in cui l'esofago si mostra pervio.

Pare a me, piuttosto, che, sia nel primo che nel secondo caso, la sindrome radiologica dimostri principalmente una neurosi motoria del faringe e dell'esofago con sintomi di ipocinesia ed ipertonia (incoordinazione nei movimenti di deglutizione).

Kraus e Ridder dimostrarono come nel cane la sezione del vago dia contemporaneamente una sindrome ipotonica in alto ed ipertonica (spasmo) in basso. Essi descrissero un caso di esofagospasmo con dilatazione nei due terzi superiori dell'esofago ed ammisero come causa patogenetica di esso semplicemente una degenerazione del vago. Dopo di loro Meltzer e poi ancora Weiss sostennero la stessa teoria patogenetica in casi simili da loro illustrati.

Ora, se consideriamo i rapporti di intima contiguità che il ricorrente ed il vago contraggono con l'aorta, specialmente sul lato sinistro, sarà facile ammettere che processi infiammatori lenti, quali l'ateromasia e la lue dell'aorta, anche senza dar luogo a notevoli ectasie, possano portare delle alterazioni reattive — se non specifiche — sui nervi dello esofago. Al tavolo anatomico è quasi costante il reperto di periarterite nelle alterazioni ateromasiche e luetiche dell'aorta. Le alterazioni nervose così prodottesi possono allora esplicarsi con fenomeni irritativi (spasmi) e con fenomeni paretici (atonia) e nel caso nostro con fenomeni irritativi e paretici contemporaneamente, dando così il quadro della incoordinazione nei movimenti della deglutizione.

Probabilmente a questa incoordinazione contribuisce anche il fatto, facile ad ammettere, che la degenerazione nervosa avviene principalmente da un sol lato, per cui nella discesa per il faringe e l'esofago il bolo sia costretto a seguire la curva retrograda descritta dal Siciliano nelle paralisi unilaterali del faringe.

Non credo si possa escludere, ancora, che, per il trauma continuo e pulsante che l'aorta infiammata ed ectasica esercita sulla parete esterna dell'esofago, non si stabilisca un processo di periesofagite circoscritta ai punti di contatto. Si avrà, così, una degenerazione in questi tratti, delle ultime ternazioni nervose, che vanno all'esofago con paresi o paralisi circoscritta a questi punti. La peristalsi esofagea, che avviene per zone successive fisiologiche in modo che una zona inferiore entra in contrazione per riflessi dalla soprastante zona, si troverà in questi tratti fermata, contribuendo ancora al quadro della incoordinazione motoria.

Una siffatta teoria neurogena credo sia sufficiente a spegarci il quadro radiologico *b*), in cui la ipotesi della compressione meccanica è da escludersi perchè radiologicamente non si nota alcuna stenosi.

Potrebbe però essere sufficiente anche per i casi del quadro *a*), in cui alla incoordinazione dei movimenti di deglutizione delle parti alte si aggunge un arresto del pasto opaco lungo l'esofago.

In qualche caso di vecchio aneurisma non si può escludere che l'esofago, fissato all'aorta e agli organi prossimiori da antiche aderenze non possa subire una azione meccanica di compressione, ma anche per questi casi il fattore neurogeno non può essere estraneo, come mi è parso di poter osservare nello studio dei numerosi casi esaminati nella Sezione Radiologica.

In uno di essi la pappa, accumulatasi sopra la stenosi, passava a *pieno canale* con la somministrazione di qualche sorso d'acqua.

In altro caso fu rilevato un arresto completo della pappa e della pillola ad un primo esame radiologico. Dopo dieci giorni di somministrazione di papaverina un secondo esame dimostrò lento passaggio della pappa.

In un terzo caso un primo esame mostrò pervio l'esofago; un secondo esame rilevò una stenosi di lieve grado all'altezza dell'arco aortico.

In altri casi, ancora, il reperto radiologico dava un'aorta dilatata ed una stenosi esofagea al terzo inferiore con disfagia in alto. In uno di questi casi la papaverina somministrata per alcuni giorni potè far notare allo schermo la pervietà dell'esofago, che si era mostrato stenosato al terzo inferiore al primo esame. Per nessuno di questi casi ho potuto — naturalmente — trovare un reperto necroscopico e tanto meno un reperto operatorio, e la diagnosi, quindi, è restata non confermata. Nessun segno evidente era, però nelle storie a favore di una diagnosi di neoplasma e di altre cause di disfagia.

***

La forma regolare dei margini dell'ombra opaca, la incostanza della stenosi in esami ripetuti a breve scadenza, l'azione positiva della papaverina parlano per una stenosi spastica. Il passaggio a *pieno canale* del pasto opaco provocato dalla ingestione di sorsi d'acqua è stato dimostrato anch'esso come un segno patognomonico degli spasmi (Max, Cohn, Einsenstein, ecc.) e consigliato come metodo di cura nel cardiospasmo (Cohn, Moetgen).

Altri fatti ancora concorrono ad avvalorare l'ipotesi neurogena di questi disturbi della deglutizione.

Tra essi il reperto, non infrequente, di paresi delle corde vocali concomitante con la disfagia, la constatazione del fatto che, come causa di compressione dello esofago, oltre all'aorta, non si trovano imputati che degli organi in preda a processi infiammatori (pacchetti di ghiandole caseose, per esempio).

Considerando la grande spostabilità di cui è dotato l'esofago toracico, non si capirebbe, invero, come degli enormi tumori mediastinici linfosarcomatosi, pur producendo anche delle notevoli deviazioni esofagee, possono decorrere lungamente senza sintomi di stenosi, mentre una lieve ectasia dell'aorta o un pacchetto di ghiandole caseose può produrre delle disfagie di alto grado.

Infine la proiezione sullo schermo dell'ombra opaca, arrestata per compressione meccanica dell'aorta o di un aneurisma su un tubo cavo quale è l'esofago, dovrebbe assumere l'aspetto di una linea retta più o meno inclinata su un lato e mai, come spesso si nota, di un cono ad apice in basso.

***

Il quadro radiologico suddescritto, lungi dall'essere patognomonico per le aortiti, rappresenta, solo, il reperto di una neurosi motoria la cui causa può ritrovarsi o in altre lesioni dell'esofago (esofagite, atonia, neoplasmi) ed in lesioni del mediastino (mediastiniti in genere), e qualche volta ancora in lesione di altri organi addominali o pelvici.

La diagnosi di disfagia da aortite risulta allora una diagnosi a cui si può pervenire per esclusione.

Si impone sempre, in simili casi, l'esame ripetuto dell'ammalato, onde poter escludere principalmente un neoplasma incipiente dello esofago. Nella sezione radiologica è capitato, infatti, il caso di trovare ad un secondo o ad un terzo esame il quadro radiologico e clinico di un neoplasma dove prima non esisteva che una disfagia semplice. Sono noti gli spasmi esofagei a monte di un neoplasma, con sindrome di paresi nella parte alta, nei carcinomi dell'esofago.

Tenendo sempre presente questi casi di diagnosi differenziale, credo si possa concludere che:

Esistono dei casi di disfagia dovuti ad alterazioni dell'aorta toracica. L'esame radiologico può scoprire le alterazioni dell'aorta ed escludere l'esistenza di altre cause;

In genere i disturbi di deglutizione degli aortici non sono da considerarsi come conseguenza di un'azione meccanica di compressione sull'esofago, ma come una neurosi motoria secondaria a degenerazione di fibbre dei nervi dell'esofago e del faringe;

In tutti questi casi è consigliabile tentare una cura antiluetica.

***

Devo qui sentiti ringraziamenti al Dirigente la Sezione, signor D. Parola, per avermi concesso il permesso dello studio sul vasto materiale della Sezione stessa.

Milano, febbraio 1920.

BIBLIOGRAFIA.

AMBOURG et BELOT. *L'esplorazione dell'esofago*, in *Journal de Rad. et Electr.*, agosto 1914.
COHN, citato da Einsenstein.
DEVIC et BOUCHUT. *L'atonia dell' E.*, in *Lion Chirurgical*, maggio-giugno, n. 31, 1919.

EINSENSTEIN. *Contributo alla Rad. dell'E.*, in *Ferschritte f. G. d. Rintgenstrall*, vol. XXI, fasc. 4, 1914.
GRAYSON (TH.) WRAY. *Stenosi spatica dell'estr. inf. dell'E. con dilat. al terzo sup.*, in *Med. Rec.*, 1° gennaio 1916.
HOLZKNECHT e OLBERT. *L'atonia dell'E.* in *Arch. des Malad. du tube digestif*, 1911.
KRAUS e RIDDER. *Le malattie della bocca e dell'esofago*, in *Notnag. Handbuch der speziel. Path. und. Therap.*
PAROLA. *La radiologia clinica dell'esofago*, in *La Rad. med.*, 1916, maggio-giugno.
SENCERT, MATHIEU, TUFFIER. *Trattato medico-chirurgico delle malattie dello stomaco e dell'esofago.*
SICILIANO. *Le paralisi unilaterali dell'E. all'esame Rönt.* in *La Rad. Med.*, 1915, fasc. 6.
STEIN. *Diagnosi differ. con la papaverina tra esofagospasmo e stenosi organica*, in *Fortsch. a. d. g. Rönt.*, vol. XXIII, n. 4, 1915.
WEISS. *Sei casi di dilat. dell'E.*, in *Fortsch. a. d. g. Rönt.*, vol. XXIII, n. 5, 1916.

RIVISTE SINTETICHE.

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA.
diretto dal prof. VITTORIO ASCOLI.

Lo zucchero nel sangue

per il dott. SILVESTRO SILVESTRI, assistente.

1. — *Valore dell'esame chimico del sangue.*

Le ricerche chimiche sul sangue negli ultimi anni hanno avuto un grande sviluppo, e i metodi d'indagine si sono moltiplicati, estesi, migliorati.

L'analisi dell'urina non è sempre sufficiente: con l'urina vengono eliminati i prodotti ultimi del ricambio, ma l'urina non ci fa conoscere il ricambio intermedio. Lo studio del ricambio intermedio invece, da cui la fisiologia e la patologia potranno ricavare dati di grande utilità, non si può seguire che con l'analisi chimica del sangue.

Acciocchè però l'analisi chimica del sangue possa avere pratica ed utile applicazione, sono necessari metodi che non richiedano grandi quantità di sangue, e lo sforzo degli analisti nell'ultima decade è stato appunto rivolto alla ricerca di questi metodi. Oggi il problema sembra risolto con i metodi microchimici per mezzo dei quali alterazioni chimiche del corpo possono essere studiate con una precisione che sembrava impossibile.

Dall'esame dei risultati finora ottenuti con lo studio chimico del sangue nelle varie forme morbose si deve concludere che le due malattie in cui l'analisi chimica del sangue deve essere sempre eseguita per avere giusti criteri diagnostici e terapeutici sono la nefrite e il diabete.

Nessun medico che voglia oggi con esatto criterio scientifico curare un nefritico o un diabetico può contentarsi della sola analisi delle urine.

2. — *Metodi per la determinazione della glicemia.*

Per la determinazione dello zucchero nel sangue sono stati proposti molti metodi. Fra i metodi microchimici incontrò grande favore quello di Bang, per il quale bastano solo poche gocce di sangue. Per avere però con questo metodo dei risultati attendibili sono necessarie molte precauzioni, è richiesto l'uso di una bilancia a torsione e bisogna possedere un tecnica chimica esatta.

Un metodo semplice e che è stato in questi ultimi anni largamente usato specialmente dai ricercatori americani è quello proposto nel 1915 da Lewis e Benedict: esso è un'applicazione della prova di Braun per la reazione del glucosio con l'acido picrico.

Il glucosio riscaldato con acido picrico in soluzione alcalina riduce l'acido picrico in acido picramico di colorito rosso e poichè l'intensità della colorazione dipende dalla quantità di glucosio si può, comparando soluzioni campione, determinare dall'intensità del colore la quantità del glucosio.

Per questo metodo Lewis e Benedict usavano 2 cmc. di sangue, ma con le modificazioni descritte recentemente da Benedict si possono avere risultati buoni per scopi clinici con cmc. 0.2 di sangue.

Anche Cammidge descrisse nel 1917 un altro metodo per cui bastano 0.2 cmc. di sangue.

Un procedimento nuovo è stato ora proposto da Folin e Wu, e certamente esso troverà applicazioni cliniche.

Per vario tempo si è discusso, se la determinazione dello zucchero si dovesse fare sul sangue *in toto* o soltanto sul siero. Contrariamente all'opinione di Lytskens e Sandgreu sembra ora dimostrato che i globuli rossi contengono anch'essi zucchero: ma secondo i risultati concordi di molti autori (Rona e Böbliu, Rona e Takahashi, Hollinger, Frank, Schirokauer) il contenuto in zucchero dei globuli è assai variabile e non sta in alcun rapporto con la concentrazione in glucosio del siero. Generalmente il contenuto percentlale in zucchero del sangue *in toto* è più basso che nel siero: ma ciò non vale per tutti i casi. Cosicchè, secondo Schirokaner, nella clinica del diabete è meglio attenersi alla semplice determinazione dello zucchero nel siero. Se poi il rapporto zucchero nel sangue zuc-

chero nel siero possa avere importanza in patologia, è argomento che dovrà essere chiarito da ulteriori studi.

3. — *La glicemia nell'uomo normale.*

Molti ricercatori hanno studiato la quantità dello zucchero contenuta nel sangue normale: i dati ottenuti non sono sempre concordi, specialmente quelli degli Autori antichi, che risentono delle tecniche non esatte seguite.

Dei dati più recenti ottenuti con metodi moderni ricordiamo quelli di Hopkins, che col micrometodo di Bang ottenne da 0.6 a 1.1 ‰, con una media di 0.85 ‰.

Bing e Jacobsen trovarono da 0.6 a 1.2 ‰. Gettler e Baker con il metodo Lewis-Benedict da 0.5 a 1.1 ‰.

Cummings e Pincess usando una modificazione del metodo microchimico di Lewis-Benedict ebbero da 0.4 a 1.2 ‰ con una media di 0.7 ‰. Myers e Bailey, osservando 500 casi, ebbero valori oscillanti fra 0.9 e 1.1 ‰; però osservarono che un numero considerevole di malati d'ospedale mostrano valori fra 1.2 e 1.4 ‰. Joslin parla di valori normali fra 0.6 e 1.1 ‰, con una media di 1 ‰. Dennis, Aub e Minot ottennero valori da 0.85 a 1.1 ‰.

Williams e Humphreys in 113 individui normali hanno trovato un minimo di 0.7 e un massimo di 1.5 ‰, con una media di 1.1 ‰.

Dall'insieme di tutti i dati si ricava che lo zucchero nel sangue oscilla nel sano fra 0.6 e 1.4 ‰, con una media di 1 ‰.

Naturalmente il tasso dello zucchero nel sangue è in dipendenza dalla natura dei cibi e del tempo che intercorre fra il prelevamento del sangue e il pasto precedente. Nell'individuo a digiuno la mattina il sangue contiene generalmente da 0.6 a 0.8 ‰. Con la digestione e l'assorbimento si ha un'ascesa fino a 1.4-1.5 ‰, in rapporto con la composizione dei cibi e con la capacità funzionale degli apparati. Se non segue un altro pasto la percentuale dello zucchero ridiscende gradualmente al livello primitivo. Generalmente con un pasto ordinario che contenga idrati di carbonio, grassi e proteine nelle proporzioni comuni, la massima percentuale di zucchero nel sangue si ha alla terza ora dall'assunzione del pasto. Se questo è povero di grasso il tempo necessario per arrivare alla concentrazione massima di glucosio nel sangue si accorcia, se invece è ricco di grasso questo tempo si allunga.

Un pasto contenente solo proteine e grassi non aumenta sensibilmente la glicemia. Gli idrati di carbonio invece, sotto qualunque forma, l'aumentano; la sola differenza fra amido e zucchero consiste nella rapidità con cui dalla concentrazione minima del digiuno si giunge alla concentrazione massima, e nel tempo impiegato per ritornare da questa alla concentrazione primitiva. Lo zucchero è rapidamente assorbito e si ha quindi aumento rapido e rapida caduta della concentrazione glicemica, mentre l'amido è digerito e assorbito con maggiore lentezza, per cui la concentrazione non si innalza così rapidamente, e, raggiunto l'acme, il ritorno alla glicemia iniziale avviene più lentamente.

4. — *Glicemia e diabete.*

Anche nel diabete la glicemia è in rapporto con la natura del cibo e col tempo che intercorre dall'ultimo pasto al prelevamento del sangue; però nel diabete i valori massimi raggiunti sono più alti e il tempo necessario per ritornare dalla concentrazione massima alla concentrazione iniziale è molto più lungo.

La curva della concentrazione dello zucchero del sangue nel diabete è nella forma simile a quella del normale, solo rispetto al tempo ha un'ampiezza maggiore e nei casi tipici raggiunge una maggiore altezza.

Nelle forme di diabete non grave si può trovare durante l'alimentazione, e anche prendendo alimenti con idrati di carbonio, come il pane, la quantità dello zucchero nel sangue entro limiti normali, e non al di sopra di 1.4-1.5‰, solo l'abbassamento della concentrazione al livello iniziale avviene lentamente, prova questa dei disturbati poteri dell'organismo a utilizzare lo zucchero.

Quando a un paziente di questo tipo si dà un pasto di prova di destrosio e si esamina il sangue a frequenti intervalli, la variazione dal normale diventa più evidente. Invece di un massimo di 1.4-1.5 ‰ raggiunto in un'ora, come si ha nel normale, la proporzione dello zucchero nel sangue continua a salire per mezz'ora e più si registrano valori di 2.00 ‰ e più. La caduta al livello del digiuno pure, invece di essere completa in 1 ora ½-2 ore dal principio dello esperimento, occupa molto di più, fino a 4-5 ore.

Con la crescente gravità nel disturbo del metabolismo degli idrati di carbonio la deviazione dal normale diviene sempre più spiccata e la percentuale dello zucchero nel sangue non scende mai fino ai limiti normali, neanche dopo il digiuno della notte. Un pasto contenente solo una modica quantità di amido può far salire lo zucchero del sangue

fino a 4-5 ‰, in un caso di Cammidge persino a 8 ‰, 3 ore dopo l'ingestione di 50 gr. d'idrati di carbonio, in forma di pane e farina di segala.

In questi casi evidentemente non sono necessari pasti di prova con zucchero per convincerci del disordine nel metabolismo, e nemmeno è consigliabile usarli. Cammidge l'ha sperimentato in un caso dando 50 gr. di destrosio: ottenne un aumento della glicemia da 1.7 a 4.8 ‰ in due ore, e 12 ore dopo, quantunque il paziente fosse stato tenuto a digiuno, la percentuale dello zucchero nel sangue non era discesa ancora al valore iniziale.

Ne consegue che le determinazioni dello zucchero nel sangue per essere veramente utili dovrebbero esser fatte prima, e dopo un certo intervallo da un pasto ordinario contenente idrati di carbonio, e che in casi dubbi si dovrebbero osservare anche gli effetti di un pasto di prova di destrosio.

5. — *Metodo per saggiare la tolleranza agli idrati di carbonio.*

Sansum e Wood Yatt hanno richiamato l'attenzione sulla inesattezza dei comuni metodi clinici per la determinazione della tolleranza per lo zucchero, e hanno suggerito un procedimento più preciso, il quale però, richiedendo apparati dispendiosi non si presta all'applicazione pratica. Più semplice e abbastanza esatto è il metodo di Janney e Isaacson, che si esegue nel modo seguente:

Il paziente digiuna dalle 19 del giorno precedente fino a che la prova è finita la mattina successiva.

Frattanto si determina il suo peso *netto*, e si prepara una soluzione di destrosio sciogliendo in acqua gr. 1.75 di destrosio per kg. di peso del corpo, e calcolando per ogni grammo di destrosio 2.5 cmc. di acqua.

La mattina per tempo si determina il contenuto in zucchero del sangue. Subito dopo il paziente beve la soluzione di destrosio, e se lo desidera, si sciacqua la bocca con un po' d'acqua (levata in precedenza dalla quantità misurata per la soluzione).

Esattamente 1/2 ora dopo si preleva un campione di sangue per una seconda determinazione, dopo un'altra 1/2 ora un terzo campione, e così via ogni 1/2 ora finchè sembrerà necessario.

Nel normale la differenza fra il contenuto del sangue in zucchero a digiuno e dopo 2 ore dall'ingestione dello zucchero non supera 0.1 ‰.

Quando la tolleranza di un paziente per lo zucchero è diminuita, dopo due ore dall'ingestione del destrosio si dimostra una iperglicemia, e la caduta al livello del digiuno ritarda secondo il grado del disturbo.

Per scopi diagnostici Cammidge consiglia di dare un pasto contenente amido, di definita composizione.

Il pasto di prova adoperato da quest'autore contiene un grammo d'idrato di carbonio, 2/3 gr. di grasso, 1/3 gr. di proteine per kg. di peso del corpo.

Per un uomo di 70 kg. si può dare 200 gr. di farina di segala in forma di pane, 150 gr. di pane bianco, 100 gr. di latte, 60 gr. di carne (pesata cruda) e un uovo con the o caffè puro a volontà.

Questo pasto contiene circa 70 gr. di idrati di carbonio (di cui 4 gr. sono lattosio) 50 gr. di grasso, 25 gr. di proteina, ed è capace di sviluppare circa 90 gr. di zucchero, calcolando lo zucchero sviluppato dalla proteina.

Il paziente digiuna dalle 19 e un campione di sangue è prelevato la mattina dopo a digiuno: subito dopo si dà il pasto di prova e successivamente si determina il contenuto di zucchero nel sangue ogni ora per 5-6 ore.

Nel normale i valori massimi di zucchero si dovrebbero trovare circa alla 3ª ora dopo il pasto, e non dovrebbero essere superiori a 1.5 ‰: ogni eccesso al di là di questo valore e ogni ritardo oltre la 5ª ora della caduta a 1 ‰ dimostrano un metabolismo degli idrati di carbonio difettoso, e il paziente si deve classificare almeno come un diabetico potenziale.

5. — *Rapporti fra glicemia e glicosuria.*

Sembra che non vi sia un punto limite assoluto per la comparsa dello zucchero nelle urine.

Cammidge in circa 700 casi di diabete, che ha avuto sotto le sue cure, ha dimostrato che non esiste un livello assoluto dello zucchero nel sangue al disopra del quale un aumento della concentrazione glicemica provoca la comparsa dello zucchero nelle urine in quantità tali da poter essere rivelato coi comuni metodi d'indagine.

Williams e Humphuys, studiando 127 malati di diabete, arrivarono alle stesse conclusioni. In generale si può dire che il « livello renale » non sta in rapporto con la durata del diabete, sebbene in alcuni casi sembra accenni a crescere con il prolungarsi della malattia.

I diabetici giovani hanno un punto limite più basso che non quelli vecchi o di media età; per ciò è importante che la presenza anche di piccole quantità di zucchero nelle urine di persone di media età non sia considerata come in-

significante finchè non sia stata eseguita una serie di ricerche sul sangue, la quale dimostri che il metabolismo degli idrati di carbonio non è gravemente turbato.

Secondo Williams un graduale aumento del livello renale, mentre il paziente è tenuto a razionale dieta antidiabetica è un segno prognostico grave, e spesso indica l'insorgere di complicazioni. Esso potrebbe considerarsi come un processo di difesa per ovviare alla perdita troppo grave di nutrimento.

Risulta anche (Cammidge) che non vi è rapporto fra la quantità dello zucchero nel sangue e la quantità escreta per i reni.

Pazienti con molto zucchero nel sangue possono passarne relativamente poco nelle urine, mentre in altri casi con glicemia normale o inferiore alla normale si può avere glicosuria abbondante.

Tanto nell'un caso come nell'altro il solo esame delle urine non ci dà un'esatta concezione del caso e se non è controllato da esami del sangue può condurre a errori di diagnosi e di terapia.

Giustamente nota Cammidge che un'adozione più generale di queste vedute potrebbe diminuire molte sofferenze non necessarie ed evitare molte morti improvvise in coma diabetico.

6. — *Iperglicemia senza glicosuria.*

L'iperglicemia può esistere senza glicosuria, cioè senza che vi sia nelle urine zucchero sufficiente a dare reazione positiva coi reattivi comunemente usati in clinica.

Questa condizione può spiegare spesso la comparsa di attacchi ricorrenti di foruncolosi, sciatica, neurite, eczema, ecc., che non cedono ai comuni rimedi terapeutici.

Quando con l'esame del sangue si scopre la vera causa di tali incidenti morbosi e con una dieta adatta si riesce ad abbassare la concentrazione glicemica, si ha un rapido miglioramento. L'iperglicemia senza glicosuria è abbastanza comune negli obesi che per il 25 % mostrano aumento dello zucchero nel sangue.

A questo proposito è interessante l'osservazione di Joslin, il quale trovò una decisa obesità precedere il diabete nel 40 % dei casi.

Talora si ha iperglicemia accompagnata da poliuria: in tali casi si può essere indotti a far diagnosi di diabete insipido, quando si trascuri l'esame del sangue.

7. — *Glicosuria senza iperglicemia.*

Tale condizione non è così rara come generalmente si crede. I casi di questo genere si possono dividere in due classi principali:

1° quelli in cui un pasto di prova di amido non produce iperglicemia, ma il ritorno dello zucchero del sangue alla concentrazione del digiuno è notevolmente ritardato;

2° quelli in cui la curva dello zucchero nel sangue ha un decorso normale.

Nei malati della prima classe un pasto di destrosio produce iperglicemia più o meno manifesta, dimostrando così una tendenza latente al diabete, mentre in quelli della seconda, anche dopo somministrazione di destrosio la glicemia non supera il livello normale, anzi spesso non lo raggiunge nemmeno.

I primi si possono considerare diabetici latenti e corrispondono probabilmente ai casi descritti sotto questo nome da Reichert, gli altri a quelli che furono chiamati *diabete renale* o glicosuria renale.

Molti casi di diabete latente secondo Cammidge sono di origine epatica; finchè i malati di questo tipo evitano lo zucchero come tale, possono prendere limitatamente cibi contenenti amido senza soffrirne danno, sempre che anche il contenuto in grassi e proteine dei cibi sia controllato. A questi malati è più che mai necessario esaminare a frequenti intervalli il sangue, per poter riconoscere precocemente e curare in modo opportuno ogni eventuale peggioramento.

Il diabete renale secondo Cammidge sarebbe un'anomalia congenita consistente in una abnorme permeabilità del rene allo zucchero. I pazienti di questo genere non avvertono particolari disturbi, solamente si lagnano di facile stanchezza. Le restrizioni della dieta in questi casi sono non solo inutili ma dannose, perchè indeboliscono vieppiù i pazienti.

Cammidge osservò il diabete renale in un uomo di 32 anni e nella figlia di lui, una bambina di 6.

Il padre eliminava circa 5 gr. di zucchero nelle 24 h., la figlia circa 6 gr. La glicemia in entrambe era normale, e anche la curva della concentrazione glicemica aveva altezza e decorso normale. Dopo un pasto di prova di glucosio (80 gr. al padre, 28 alla figlia) la concentrazione glicemica raggiunse il suo massimo nel padre dopo un'ora (= 1.1 ‰), nella figlia dopo 1/2 ora (= 1,3 ‰). Dopo due ore, tanto nell'un caso come nell'altro, la concentrazione glicemica era ridiscesa al valore iniziale del digiuno.

Sul meccanismo di produzione del diabete renale gli autori non sono concordi. Secondo Bang esso potrebbe intendersi in due modi: 1) i reni eliminano lo zucchero del sangue; per compenso altro zucchero si forma, sempre in

rapporto con l'eliminazione, di modo che l'equilibrio si mantiene; 2) si ha iperproduzione di zucchero e il rene elimina immediatamente lo zucchero eccedente, di modo che la concentrazione glicemica si conserva normale. La prima condizione, si verificherebbe nella glicosuria florizinica, la seconda non si potrebbe considerare come *diabete renale*, non essendo il rene la causa primaria della glicosuria. Il vero diabete renale fu negato da v. Noorden e Lüthye.

8. — *Valore della glicemia per la prognosi e la cura del diabete.*

Anche per la prognosi e la cura del diabete non è sufficiente basarsi sull'esame delle urine, ma bisogna esaminare frequentemente il sangue.

In generale una glicemia relativamente bassa si può considerare come un segno prognostico favorevole, anche se la glicosuria è abbondante. I pazienti con una percentuale bassa di zucchero nel sangue, opportunamente trattati, perdono facilmente la glicosuria e riprendono la tolleranza per gl'idrati di carbonio.

Cammidge riferisce un caso di una donna che, con una dieta contenente 76 gr. di idrati di carbonio, eliminava 220 gr. di zucchero nelle 24 h, però aveva una concentrazione glicemica massima di 1,5 ‰.

Dopo 10 giorni di cura, essa non eliminava più zucchero per le urine, — pur prendendo 65 gr. d'idrati di carbonio — e aveva una glicemia massima di 1,2 ‰. In seguito la sua tolleranza crebbe ancora, sì che poteva prendere 80 gr. di idrati di carbonio al giorno senza che comparisse glicosuria.

D'altra parte un paziente osservato da Liefmann e Stern morì in coma diabetico eliminando solo tracce di zucchero per le urine. Esaminando il sangue, vi si trovò il 10.1 ‰ di zucchero. Osservazioni analoghe sono riferite da Launyn, Lépine, Weiland, Leire.

Anche per la cura dovremo sempre tener conto dei risultati dell'analisi del sangue.

Evidentemente non si possono trattare dei casi di iperglicemia senza glicosuria solamente in base all'analisi delle urine. Spesso avviene anche, che in un diabetico nel quale con la dieta si è riusciti a ottenere la scomparsa della glicosuria, persista una spiccata iperglicemia.

Se in questi pazienti ci accontentiamo di analizzare le urine, e aumentiamo gl'idrati di carbonio delle diete, potrà bensì avvenire che non si abbia un immediato ritorno della glicosuria, ma si avrà un manifesto peggioramento del caso. Se invece regoleremo la dieta secondo la glicemia e riusciremo a mantenere lo zucchero del sangue a un livello non superiore a 1 ‰, noi potremo gradualmente aumentare la dieta, sempre controllandone i risultati con l'esame del sangue, e si potrà in tal modo arrestare il progresso del male, accrescendo la tolleranza del paziente per gli idrati di carbonio.

Molti casi in apparenza fatalmente progressivi e non suscettibili di trattamento potranno sensibilmente migliorare quando si regoli la dieta secondo i reperti del sangue.

Uno dei fattori più importanti che influiscono sulla permeabilità dei reni allo zucchero è il contenuto della dieta in grasso.

Secondo le osservazioni di Cammidge i diabetici che sono stati tenuti per parecchio tempo a una dieta ricca di grasso, se vengono trattati coi metodi moderni perdono la glicosuria qualche tempo prima della caduta dell'iperglicemia.

Togliendo a questi malati i grassi, si potrà ottenere una riduzione della concentrazione glicemica e in seguito si potrà aumentare la dieta, man mano che l'esame del sangue ci dimostrerà l'accrescersi della tolleranza agli idrati di carbonio.

Un successo permanente nella cura del diabete si potrà ottenere soltanto mantenendo la curva dello zucchero nel sangue entro limiti normali, anche a costo di severe restrizioni della dieta.

Sebbene l'1,5 ‰ si possa considerare come il livello normale massimo dello zucchero nel sangue, nella cura dei diabetici è bene proporsi di non ottenere valori superiori a **1,3 ‰**. Finchè queste cifre sono mantenute, la prognosi è buona, ma se la glicema va progressivamente crescendo, anche se non vi è glicosuria, si dovrà limitare la dieta immediatamente, per non avere spiacevoli sorprese.

In conclusione una glicemia alta senza glicosuria è molto più grave che una glicemia bassa con modica glicosuria.

Spesso l'aumento crescente della glicemia è dovuto a una dieta troppo ricca di grasso, e limitando questo, anche senza alterare per il resto la dieta, si potrà osservare una diminuzione dello zucchero nel sangue, e un aumento della tolleranza per gl'idrati di carbonio.

In questi casi la riduzione degli idrati di carbonio, mantenendo la stessa quantità di grasso, potrà dare un miglioramento temporaneo, ma ben presto si riavrà la glicosuria e la tolleranza andrà sempre diminuendo.

Controllando la dieta con gli esami del sangue, e tenendo conto dell'importanza dei gras-

si, potremo veder cambiare tutto l'aspetto di un caso, e una prognosi sfavorevole potrà mutarsi in buona.

Casi che sembrano disperati di diabete progressivo sono particolarmente comuni nei giovani, e spesso la gravità non dipende dal caso in sè, ma dal trattamento irrazionale.

Un aumento progressivo della glicemia in persone di età avanzata dipende spesso da una dieta troppo ricca in proteine.

9. — *La glicemia in vari stati morbosi.*

Non si dovrebbe mai fare una diagnosi troppo affrettata di diabete dalla presenza di zucchero nelle urine, e nemmeno da un comportamento abnorme della glicemia dopo la somministrazione di un pasto di glucosio, perchè altre malattie possono essere accompagnate di iperglicemia.

Sulla concentrazione dello zucchero nel sangue nei vari stati morbosi le ricerche sono state finora scarse e richiedono studi di controllo.

Secondo Bang si ha iperglicemia in varie malattie o condizioni morbose del sistema nervoso, sia cerebrale che periferico (commozione cerebrale, apoplessia-sciatica), in molte malattie febbrili (polmonite, erisipela, tubercolosi miliare), negli stati morbosi accompagnati da dispnea.

Secondo alcuni autori (Cammidge-Williams) si avrebbe iperglicemia anche negli stadi avanzati della nefrite, specialmente quando sono già in atto sintomi uremici, tuttavia le ricerche di molti altri (Neubauer, Stilling, Frank, Tachan) contraddicono a tale opinione.

Più interessanti sono gli studi fatti sulla glicemia nei tumori maligni. Rodenburg, Bernhard e Krehbiel sostengono che la somministrazione di un pasto di glucosio a malati affetti da tumore maligno ci fa rilevare una curva anormale della concentrazione glicemica. Secondo questi autori tale dato potrebbe persino essere utile per la diagnosi differenziale.

Anche negli stati morbosi dovuti a deficiente funzione delle ghiandole endocrine si avrebbe una curva glicemica anormale.

Tuttavia, come ripetiamo, tutti questi dati, per avere valore, dovranno essere convalidati da ulteriori studi.

BIBLIOGRAFIA.

ALLEN: *Treatment of diabetes mellitus.* 2ª ed., 1917, p. 53.
J. BANG: *Der Blutzucker.*
J. BAUG. *Biochem. Zeitsch.*, 1913, 49, 1. — Ibvel., 1914, 57, 300.
CAMMIDGE P. I. *Practitioner*, 1920, 2, 114.
FOLIN O. e WU H. *Journ. biol. chem.*, 1919, maggio, 81.
GILBERT et BADOUIN. *Comptes rendus Soc. Biol.*, 1908, dicembre, 710. — Id. id., 1909, novembre, 458.
MORGULIS S. e JAHR M. H. *Journ. biol. chem.*, 1919, 8, 119.
NAUNYN: *Der Diabetes mellitus.* — Wien, 1906.
V. NOORDEN: *Die Zuckerkrankheit.* — Berlin, 1917.
RHODENBURG, BERNHARD e KREHBIEL. *Journ. Amer. Med. Assoc.*, 1919, 24 maggio, 1528.
SCHIROKAUER H.: *Berl. Klin. Woch.*, 1912, 38. — 1920, 20, p. 227.
WILLIAMS e HUMPHREY: *Arch. int. med.*, 1919, 23, 537.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

ISTITUTO DI CLINICA CHIRURGICA GENERALE
DELLA R. UNIVERSITÀ DI SIENA
diretto dal prof. VITTORIO REMEDI.

Aneurisma arterioso traumatico dell'arteria temporale superficiale di destra

per il dott. NICOLA NOVARO, assistente.

Credo opportuno, e non del tutto inutile, il rendere di pubblica ragione un caso di aneurisma traumatico riguardante l'arteria temporale superficiale di destra, caso occorsomi di osservare in questa R. Clinica Chirurgica e di un certo interessamento, non fosse altro anche dal solo punto di vista della casistica degli aneurismi stessi, argomento, questo degli aneurismi, di grandissima importanza e per quanto vecchio ed antico, tuttavia sempre nuovo e di attualità.

In tempo normale di pace l'aneurisma traumatico di detta arteria è raro ed eccezionale ad osservarsi (1), in confronto alla frequenza maggiore in cui una simile lesione suole interessare altri tronchi arteriosi, e da una ricerca, poi, il più possibile accurata della letteratura chirurgica in proposito, che sono riuscito a fare, risulta riportato molto di rado. La guerra, certamente, con tutti i suoi molteplici, svariati e potenti mezzi di offesa ha dato agio di osservare molti casi di aneurismi traumatici interessanti ora questo, ora quel vaso, sia arterioso, che arterioso e venoso insieme, ma, non ostante ciò, dall'esame della letteratura chirurgica di guerra, in proposito consultata, mi è apparsa la scarsa frequenza dell'aneurisma traumatico da parte di alcuni pochi tronchi sanguigni, specie delle arterie

(1) SAIBENE P.: *Contributo alla cura chirurgica degli aneurismi* («La clinica chirurgica», anno 1911, pag. 339). — WYETH A.: *Aneurisma cirsoide curato con l'applicazione diretta di acqua bollente* («Medical Record», 15 gennaio 1916).

di piccolo calibro, e fra questi vi è appunto compresa l'arteria temporale superficiale (1), rispetto alla frequenza maggiore di una simile affezione morbosa presentata dagli altri vasi arteriosi in genere.

Passo senz'altro alla descrizione del caso, ma prima di tutto sento il dovere di rendere vive grazie al mio Maestro prof. Remedi, che me ne permette la pubblicazione.

Amedeo P... di Giusto, di anni 20, da Rapolano, soldato. Nulla degno di particolare nota nel gentilizio, nè negli antecedenti personali. Non sofferse mai di malattie veneree, nè di sifilide; non bevitore, nè fumatore.

Venne colpito, la sera del 20 gennaio 1920, a Ponte d'Elsa, mentre fungeva da fuochista su di una macchina ferroviaria, a causa dello sciopero dei ferrovieri, da una scarica di fucilate a pallini da caccia, tirata da sconosciuti lungo la linea ferrata, che lo ferirono in corrispondenza della regione temporo-parieto-occipitale di destra ed alle parti molli superficiali della coscia di sinistra, sua faccia laterale interna.

Ricoverato d'urgenza in questa R. Clinica Chirurgica la notte stessa, venne medicato semplicemente a piatto, previa accurata disinfezione delle parti lese, non presentando le ferite suddette nulla di notevole, tranne una, situata in corrispondenza della parte bassa della regione temporale di destra, in corrispondenza del decorso dei vasi temporali superficiali e sulla quale si erano formate alcune ecchimosi. Il paziente fu dimessso guarito dalla Clinica stessa il 31 gennaio, senza essere ricorsi alla estrazione dei pallini di piccolissimo calibro, conficcati nel cuoio capelluto, ritenendoli innocui.

Fu ricoverato di nuovo in questa R. Clinica Chirurgica l'11 marzo 1920 per una piccola tumefazione che il paziente notò in corrispondenza della parte inferiore della regione temporale di destra. Il soggetto asserisce che 25 giorni fa, circa, si accorse della comparsa di un piccolo noduletto, del volume di un grosso pallino da caccia, in corrispondenza della parte inferiore della regione temporale di destra. Tale noduletto andò sempre aumentando di volume fino a raggiungere quello attuale, il quale è, presso che, di un cece. Da una quindicina di giorni, circa, il paziente avverte dolore a detta regione temporale causatogli dalla tumefazione in parola.

Esame obbiettivo. — Individuo di sana e robusta costituzione fisica, bene conformato sia scheletricamente che nelle masse muscolari, pannicolo adiposo presente in quantità regolare; nulla di anormale e di patologico da parte dei varii visceri, sia toracici che addominali. In corrispondenza della parte inferiore della regione temporale di destra, subito al di sopra di una linea che si prolunga in avanti e passante per il margine superiore dell'orificio auricolare esterno di destra, già sede della pregressa su ricordata ferita ecchimotica da pallini da caccia, si nota una rilevatezza, regolare, di forma quasi emisferica, col maggiore esse, appena però apprezzabile, disposto in senso longitudinale, del volume di un grosso cece. Il colorito della pelle si presenta normale e si avverte che tale tumefazione è pulsante ed ancora si espande, specie, in senso laterale. La pelle inoltre è liscia, si lascia sollevare in pieghe, è scorrevole sul tumore sottostante, il quale, a sua volta, è mobile e spostabile in senso laterale sui tessuti sui quali appoggia; ma aumenta, in tali movimenti, il senso di dolore, su ricordato, al soggetto stesso. La rilevatezza in parola che si palpa a superficie liscia, lascia percepire nettamente le pulsazioni ed anche le espansioni, specie in senso laterale; quelle sono isocrone ai battiti cardiaci, alle pulsazioni dell'arteria omonima, sana dall'altro lato, delle arterie radiali e delle arterie carotidi. Alla pressione digitale detta tumescenza si lascia facilmente deprimere, fino a scomparire quasi totalmente. Comprimendo poi l'arteria carotide primitiva dello stesso lato contro il tubercolo dello Chassaignac l'espansione, sopra descritta del tumore cessa, come pure cessano le pulsazioni. A monte di detta tumefazione si percepisce la pulsazione della restante porzione di arteria temporale superficiale con un tempuscolo apprezzabile di ritardo, in confronto ai battiti cardiaci, alle pulsazioni dell'arteria omonima, sana del lato opposto, delle arterie radiali e delle arterie carotide, dovute ciò all'indebolimento e rallentamento del corso dell'onda sannetto, chiaro e preciso reperto obbiettivo della sacca aneurismatica. Data la piccolezza della tumefazione in esame si riesce, non per tanto, ad ascoltare un debole rumore di soffio.

Diagnosi. — È inutile ed ozioso qui fare delle discussioni diagnostiche sul caso, dato un così netto, chiaro e preciso reperto obbiettivo della lesione in atto. Non si poteva pensare ad altro che ad un aneurisma, che, per la sua sede, doveva interessare certamente l'arteria temporale superficiale. Rimaneva soltanto da stabilire la natura dell'aneurisma stesso. Orbene gli aneurismi, come si sa, sono di due specie: o spontanei, o traumatici. Gli aneurismi spontanei hanno per movente etiologico, in generale, quasi costantemente l'arterite cronica, determinata dalle varie cause inerenti, quali l'artritismo, l'alcool, in alcuni casi la sifilide, la malaria, le artriti infettive; i traumatici possono essere prodotti da tutti i varii traumi in genere, sia i più semplici che i più complessi.

Nel caso in parola era da escludersi, senza dubbio alcuno, la origine spontanea dell'aneurisma stesso, dato che dall'anamnesi risultava che il soggetto in esame non solo affermava di non avere sofferto di nessuna di quelle affezioni morbose, su dette, causa dell'arterite, ma nemmeno clinicamente si riuscì a rilevarne anche i minimi segni. Si trattava quindi, con tutta certezza, di un aneurisma traumatico, formatosi tardivamente, in seguito alla pregressa lesione dell'arteria temporale superficiale, lesione consistente nella ferita dell'arteria stessa, causata da uno dei pallini da caccia della fucilata tirata e che colpì il paziente stesso la sera del 20 gennaio 1920.

Cura. — (Operatore prof. Remedi, 16-3-1920). Morfino-etere narcosi. Incisione in senso lon-

(1) EXNER A. und MASSARI C.: *Die traumatischen Aneurysmen Kriegschirurgie in den Balkankriegen 1912-1913* (« Neue Deutsche Chirurgie », Band 14, pag. 66).

gitudinale, sulla tumefazione, caratteristica dell'allacciatura dell'arteria temporale superficiale. Messo a nudo il tumore aneurismatico, il quale era in tutta vicinanza del punto di origine dell'arteria temporale media e che presentava larghe e fitte aderenze recenti, però, coi tessuti vicini, aderenze che vennero sbrigliate senza eccessive difficoltà, il chirurgo operatore si dirige subito verso il polo inferiore della tumefazione che viene isolato il più possibile, mettendo in tale modo allo scoperto il tronco afferente dell'arteria temporale superficiale di destra, di cui si procede alla allacciatura mediante un filo di catgut passato coll'ago di Dchamp. Quindi si dirige verso il polo superiore del tumore in parola che viene anche esso isolato il più possibile per mettere allo scoperto il tronco afferente della arteria su detta, che si allaccia pure in catgut, come sopra. Si continua poscia con la estirpazione della sacca aneurismatica, cominciando la recisione dall'alto, subito a valle dell'ultima allacciatura su menzionata e continuando a dissecare posteriormente il tumore aneurismatico verso il basso, fino ad arrivare a compierne la recisione al polo inferiore, a monte della prima allacciatura su ricordata. Il sacco aneurismatico, come appare chiaro, non era ben separato dai tessuti vicini ed inoltre conteneva coaguli di sangue e presentava il segno di un forellino, residuo della pregressa ferita determinata dal pallino da caccia. Chiusura della ferita chirurgica per prima e sua guarigione; il paziente venne dimesso guarito il 28-3-1920 con proposta di 60 giorni di licenza di convalescenza.

Reperto istologico. — Il pezzo anatomico estirpato venne fissato in una soluzione di formolo al 5 % e, fatti i soliti passaggi negli alcool, incluso in paraffina e sezionato. Le sezioni vennero colorate con emallume Mayer ed eosina, emallume Mayer e Van Gieson; osservate a medio ingrandimento (Koristka oc. 2, ob. 5) si riscontrò quanto appresso: la sacca aneurismatica si dimostra costituita in modo regolare e per l'intera sua totalità, da una spessa tunica di giovane tessuto connettivo. Procedendo dall'esterno verso l'interno si notano qua e là isole di tessuto connettivo fibrillare a più ampie, larghe maglie, nel cui seno decorrono giovani vasi sanguigni, con endotelio in proliferazione. Accanto a queste isole di tessuto connettivo fibrillare si osservano porzioni di tessuto connettivo a fibre più strettamente addossate, del tutto simili a quelle della porzione periferica.

Anche in mezzo a questo tessuto connettivo appariscano gettoni di vasi sanguigni di recente neoformati, benchè in proporzione minore di quelli su ricordati. L'elemento vasale sanguigno è evidentemente più ricco a livello delle porzioni centrali della sacca aneurismatica che nelle periferiche. È doveroso notare che la maggiore parte dei vasi sanguigni su descritti si presentano come capillari, o come vasi di piccolissimo calibro; accanto a questi, però, ve ne sono alcuni (due o tre in tutto) che raggiungono un rispettabilè calibro. Questi ultimi presentano pure l'endotelio in proliferazione, e l'attività del processo è documentata dalla presenza di cariocinesi. Nelle parti più esterne della sacca connettivale, sopra descritta, si osserva anche la presenza di un vaso arterioso di maggiore calibro, il quale, in molti punti dei preparati, ha aspetto assai simile al normale, in altri punti però il lume di tale grossa arteria è assai ristretto dalla presenza di una massa, la quale è costituita da numerose cellule endoteliali ed anche da elementi connettivali comuni, in attiva proliferazione. In ispecie attorno a tale ramo arterioso, ma anche in altre parti del tratto più esterno della sacca connettivale su descritta, si osservano filamenti nervosi, sezionati trasversalmente ed aventi nel loro insieme aspetto presso che normale. Esaminando attentamente la sacca aneurismatica verso la parete interna non si rinviene presenza di uno strato endoteliale, almeno sotto forma di rivestimento bene evidente e continuo in ogni parte della sacca stessa; il più spesso invece il rivestimento della sacca è costituito da cellule connettive, piatte, comuni, non differenziate.

Col metodo di Weigert le fibre elastiche si osservano assai csarse per quello che riguarda il tessuto connettivo costituente la parete della sacca aneurismatica; quivi si vede qua e là isolata, sotto forma ondulata ed assai esile attorno ai vasi sanguigni neoformati, qualche fibrilla elastica, a distribuzione concentrica, a quantità, per altro, un poco superiore rispetto alle prime su accennate.

Finalmente si deve notare come qua e là il tessuto connettivo fibroso, costituente la sacca aneurismatica in parola, presenta anche, irregolarmente distribuite, delle zone di fibre muscolari.

Riassumendo l'esame istologico così brevemente esposto, si deve dire trattarsi di una sacca connettivale per la maggiore parte priva di un vero e proprio rivestimento endoteliale interno e circondata e compenetrata da un discreto numero di vasi sanguigni neoformati ed anche da fibre nervose.

***

Appare chiaro ed evidente il nesso che esiste fra l'agente traumatico (fucilata carica con piccoli pallini da caccia) e la lesione da questo determinata in un secondo tempo tardivo (aneurisma arterioso traumatico) sull'arteria temporale superficiale di destra.

Si sa, infatti, che gli effetti delle ferite dei vasi sanguigni si possono manifestare in tre modi differenti, a seconda delle condizioni in cui vengono a trovarsi i vasi stessi, in seguito alle lesioni presentate. Così si può manifestare immediatamente emorragia primitiva più o meno grave ed impressionante, ed ematoma più o meno diffuso; secondariamente si possono avere complicazioni gravi, quale l'emorragia secondaria; tardivamente si può formare un aneurisma arterioso ed arterio-venoso.

Nel caso del paziente su riferito non si erano verificate affatto le due prime evenienze, soltanto invece la terza, cioè l'aneurisma, in un periodo tardivo di tempo rispetto al momento della ferita, corrispondente a ventisei giorni

circa e dopo che le lesioni visibili, determinate immediatamente dalla fucilata a pallini, erano chirurgicamente guarite asetticamente assai presto.

Una questione assai interessante riguarda la cura degli aneurismi, questione non ancora bene definita chiaramente ed esattamente ed intorno alla quale persistono ancora attualmente delle incertezze e delle divergenze di vedute fra i diversi autori. Varii sono i metodi di cura degli aneurismi arteriosi in genere, ed in ispecie anche di quelli di origine traumatica. Non è scopo della presente nota, esorbitando dall'intento prefisso, di passare in rassegna qui e descrivere tutti tali metodi. Mi limiterò ad accennare soltanto i principii su cui si basano i metodi stessi. Così si ha un primo principio in cui si cerca di ottenere l'obliterazione spontanea della sacca aneurismatica, favorendo la coagulazione del suo contenuto; un secondo principio in cui si mira a sopprimere *d'emblée* l'aneurisma; un terzo ed ultimo principio in cui si tenta di sopprimere l'aneurisma senza sopprimere la sua parete.

La via di elezione da seguire nella cura di tali aneurismi, secondo me, dato che varii appunto sono i metodi, i quali, ciascuno di per sè, corrispondono benissimo allo scopo, e che non si può eseguire l'applicazione sistematica di un solo ed unico metodo, tendente ad essere generalizzati ed adoperato per tutti i casi, dato ancora che le lesioni presentate dai vasi arteriosi non sono tutte identiche ed uguali fra di loro, bensì varie e differenti sia per sede, che per estensione, la via di elezione da seguire, dico, si è quella, sempre subordinatamente alla esperienza dell'operatore, di sapere scegliere ed usare precisamente soltanto quello, fra i varii metodi su detti, il quale meglio si addice per la cura del caso speciale che si ha sotto mani.

Il reperto istologico riscontrato all'esame microscopico del pezzo anatomico del caso in parola, dimostra chiaramente la tendenza naturale, spontanea dello ristabilimento di una nuova canalizzazione vasale sanguigna e la organizzazione del trombo contenuto nella sacca aneurismatica stessa, processo questo, del resto, normale e che qualche volta lo si può riscontrare, portando così, in qualche raro caso, alla guarigione naturale, spontanea dell'aneurisma. Ma tale esito favorevole non deve essere considerato che come una felice occasione che non si deve attendere, dati i numerosi accidenti che possono sopravvenire nel corso di tale lenta e lunga evoluzione mettendo così bruscamente in pericolo un arto ed anche, certe volte, la vita addirittura del paziente stesso.

Concludendo: la natura ed il genere dell'agente traumatico (fucilata con proiettili a piccoli pallini da caccia) che ha determinato la formazione tardiva in secondo tempo dell'aneurisma;

la non facile, nè comune, nè frequente evenienza che l'arteria temporale superficiale possa presentare un aneurisma traumatico nel modo su detto, constatazione che ho potuto fare in seguito alla disamina della letteratura chirurgica varia, in proposito da me consultata ed anche praticamente dai moltissimi e svariati feriti di guerra (vi erano certo in guerra, tra gli altri agenti vulneranti, quelli che corrispondevano perfettamente al calibro del pallino da caccia su detto) tra i quali molti con lesioni vasali varie, sia per sede che per natura, che ho avuto occasione di curare in stabilimenti sanitari di zona di operazione, durante tutto il periodo dell'ultima guerra italo-austriaca,

costituiscono già di per sè, a mio modesto avviso, gli estremi sufficienti per i quali possa valere la pena della compilazione della presente nota.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

Neurosi gastriche ed ulcera gastrica.

(F. W. STRAUCH. *Medizinische Klinik*, 1919, n. 48).

La conoscenza dei rapporti tra affezioni nervose dello stomaco e ulcera gastrica è in questi ultimi decenni notevolmente migliorata.

Tra i più frequenti disturbi funzionali dello stomaco si annoverano quelli che Leube raggruppò sotto il nome di dispepsia nervosa gastrica (neurastenia gastrica o dispeptica). Questo complesso sintomatico è spesso di origine psichica e si trova combinato con la neurastenia, l'isteria e l'ipocondria. Solo raramente si tratta di disturbi isolati della innervazione gastrica. E talvolta si attribuiscono erroneamente a disturbi nervosi i fenomeni gastrici che accompagnano l'anemia e la tubercolosi. Con i progressi della diagnostica le forme di dispepsia gastrica si sono sempre più distinte in neurosi sensitive, motorie e secretive. Talvolta predominano i fenomeni sensitivi sotto forma di nevralgie, tal'altra prevalgono i disturbi della motilità e della secrezione.

Spesso si tratta di neurosi riflesse dipendenti da affezioni di altri organi. Così durante la mestruazione come nella gravidanza si possono avere nausee e vomito. Ed allo stesso riguardo vanno ricordati i disturbi gastrici che

si verificano nelle malattie del fegato, della cistifellea, dei reni, dell'intestino, e del peritoneo, nel morbo di Basedow, nei tumori cerebrali, nelle meningiti ed infine le crisi gastriche dei tabetici.

Una importanza clinica notevole hanno i disturbi della secrezione: la iperacidità, la ipersecrezione, la gastrosuccorea continua o intermittente (morbo di Reichmann).

Non raramente i disturbi della secrezione si accompagnano a disturbi della motilità, come ad esempio spasmi della muscolatura dello stomaco, pilorospasmo, cardiospasmo. Quasi tutto ciò che si conosce al riguardo lo si deve agli esami radiologici. Talvolta i fatti spastici dimostrabili alla radioscopia possono sussistere per molto tempo senza fenomeni dolorosi, per quanto nella grande maggioranza dei casi essi sono accompagnati da una dolenzia diffusa o anche da un dolore molto ben localizzato dal paziente. Il passaggio da questo stato alle neurosi sensitive è facilissimo, come avviene nell'asma bronchiale; è difficile anche nelle forme gastriche distinguere quanto si deve attribuire ai fatti catarrali e quanto ai fatti schiettamente neurotici.

Nella grande maggioranza dei casi di neurosi gastriche e di ulcera il disturbo di cui principalmente si lamenta il paziente è il dolore. Si tratta di un vago senso di pressione o di pienezza, di un dolore al dorso, o infine di un dolore nella parte superiore dell'addome a carattere colico con inizio improvviso e fasi di accentuazione e di decrescenza qualche volta continuo per ore e ore. Questo dolore può essere in rapporto con lo stato di pienezza dello stomaco, ma può essere anche indipendente dai pasti.

La risposta al quesito se si tratti di una neurosi o di un'ulcera gastrica o di ambedue le affezioni, il più delle volte può essere data solo da un'anamnesi ben raccolta. Al riguardo oltre le condizioni generali di vita interessa conoscere specialmente le abitudini alimentari, la qualità e la quantità dei cibi, la regolarità dei pasti, i periodi di intervallo tra un pasto e l'altro, l'eventuale idiosincrosia verso qualche cibo, la tendenza ai disturbi gastrici febbrili in rapporto ad errori dietetici consapevoli o inconsapevoli o manifestantesi anche senza nessuna causa apparente. Un elemento di notevole importanza è il senso di fame e sopra tutto di fame dolorosa. Tale sensazione però oggi in Germania, a causa della scarsezza degli alimenti, non ha gran valore diagnostico. Oggi lo stomaco dei sani si svuota più rapidamente. D'altra parte la grossolanità dei cibi ed il modo affrettato col quale si mangia, che provoca la ingestione di una notevole quantità di aria, determinano una dilatazione eccessiva dello stomaco e dell'intestino. La guerra ha inoltre moltiplicato i disturbi gastrici in rapporto alla diffusione dell'abitudine di fumare. Si verificano ora gravi forme di neurosi gastriche con nausee e crampi. Raramente in queste forme si trovano punti dolenti alla pressione della regione gastrica ed anomalie del contenuto acido, ma l'esame radioscopico dimostra uno spasmo persistente, un aumento della peristalsi e l'affrettamento dello svuotamento dello stomaco. La sospensione del fumo determina un miglioramento ed anche la scomparsa dei disturbi. È probabile che si tratti di fenomeni dipendenti da avvelenamento nicotinico, tanto più che qualche volta coesistono disturbi cardiaci di natura nervosa (angina pectoris vasomotoria).

La sensazione semplicemente molesta o anche dolorosa dipendente dalla fame svanisce non appena si introduce nello stomaco un pezzo di pane o un cucchiaio di zuppa. Talvolta tale sensazione di fame dolorosa si ha nell'ulcera duodenale, ma può anche verificarsi nelle malattie della cistifellea. In casi tipici di ulcere del duodeno è stato dimostrato che tali sensazioni dolorose sono determinate da pilorospasmo in rapporto a contemporaneo aumento della secrezione gastrica.

Il dolore dipendente da ulcera dello stomaco si ha stereotipicamente in ore determinate subito dopo la introduzione del cibo o anche al momento della digestione da una a tre ore dopo il pasto. Nell'ulcera duodenale il dolore si ha più tardi, da quattro a sei ore dopo il pasto quando lo stomaco si svuota. Il dolore invece dipendente da pure neurosi gastriche non ha alcun rapporto con il riempimento e lo svuotamento dello stomaco. Conviene per altro tener presente che l'ulcera tanto dello stomaco quanto del duodeno possono esistere senza alcuna sensazione dolorosa, ed è ben noto che esistono dei casi nei quali la prima manifestazione di tali affezioni è l'emorragia.

Ad ogni modo nelle neurosi gastriche la comparsa del dolore è molto irregolare ed al riguardo si assomiglia di più al dolore dell'ulcera duodenale. Nelle neurosi i cibi di difficile digestione, ossia quelli che più si trattengono nello stomaco sono meglio sopportati, mentre gli alimenti di facile digestione, come il latte, il thè, le minestrine provocano dolore, nausea, vomito. È perciò che talvolta le neurosi gastriche peggiorano quando si intraprende la cura dietetica indicata per l'ulcera.

La determinazione di un punto doloroso alla pressione ben circoscritto nella regione gastrica ha molta importanza per la diagnosi di ulcera duodenale. Secondo Westphall e Katsch questo

punto si trova ad un dito e mezzo a destra del punto medio della linea ombelico-xifoidea. Naturalmente questo punto si sposta a seconda che si esamina il paziente in piedi o al letto. In ogni caso conviene tener conto delle variazioni individuali in rapporto alla sede dell'ombelico ed alla costituzione grassosa della parete addominale. Comunque il punto doloroso alla pressione nelle ulceri lontane dal piloro e nella iperacidità nervosa si trova più a sinistra verso la linea alba ed anche oltre questa.

Conviene tener presente che l'esaminando può essere un soggetto isterico e quindi è raccomandabile di non suggerire la sensazione e la localizzazione di essa. Meglio è farsi indicare dal paziente stesso il punto dolente ed astenersi dal concentrare la di lui attenzione con minuti interrogatori e lunga palpazione.

Notevole importanza diagnostica, per quanto spesso se ne esageri il significato, è l'accertamento dello stato della secrezione a digiuno ed i risultati dell'esame funzionale dello stomaco. Per il passato si attribuì alla determinazione dell'acidità gastrica una importanza decisiva, ma non è dubbio che un solo dato sul chimismo gastrico conduce ad errori di giudizio, giacchè è ora ben noto che l'acidità totale come la quantità dell'acido libero varia notevolmente nei diversi individui sani ed anche nello stesso individuo in varie condizioni. Grazie alle ricerche di Paulow, abbiamo appreso a ben giudicare le relazioni tra psiche e secrezione gastrica, e sappiamo quindi quanto questa sia dipendente da influenze nervose. Il dogma che l'ulcera dello stomaco o del duodeno si accompagni quasi sempre ad iperacidità è scosso da gran tempo. In rapporto alle differenze etiologiche ed alle caratteristiche delle singole neurosi gastriche l'acidità può essere normale, aumentata o diminuita.

Dal punto di vista diagnostico hanno grande importanza le emorragie occulte. Di regola per svelare queste emorragie si proibisce al paziente di mangiare ogni specie di carne, compreso il pesce, almeno per tre giorni. E quindi si fa l'esame delle feci ricercando il sangue con i metodi chimici ben noti.

Maggiore sicurezza diagnostica dà l'esame radiografico quando sia naturalmente integrato dall'anamnesi e dai risultati delle prove funzionali.

Comunque non bisogna mai trascurare di tener presente che fra ulcera e nevrosi gastriche esistono delle intime relazioni, non solo nel senso che l'ulcera può essere causa di disturbi nervosi spesso imponenti, ma anche nel senso che l'ulcera stessa non è, secondo l'opinione di molti, che l'espressione di uno stato nervoso vegetativo. *dr.*

Carcinoma del duodeno.

(S. B. DEAVER e S. S. RAVDIN. *Am. Journal of med. sciences*, aprile 1920).

Il carcinoma del duodeno è un'eventualità molto rara: dalle statistiche di autopsie, esso risulta con la frequenza del 0.033 %; relativamente ai tumori dell'intestino, la frequenza del carcinoma duodenale è del 2.5-3 %. Considerando il solo intestino tenue, in tutta la sua lunghezza, la frequenza del carcinoma è maggiore nella prima porzione del duodeno, probabilmente poichè questa è la sede preferita dell'ulcera, sebbene la degenerazione carcinomatosa di qusta sia meno frequente che in quella gastrica, considerando invece il solo duodeno, la frequenza del carcinoma è maggiore nella seconda porzione per il fatto della presenza dell'ampolla di Vater e dello sbocco del dotto pancreatico.

L'A. avuto occasione di esaminare un caso, di cui riporta la storia. Trattavasi di un uomo di 63 anni, che si lamentava specialmente di dolore al lato destro dell'addome, che durava da cinque mesi, si presentava subito dopo i pasti, era più intenso la notte, si irradiava alla schiena ed era diventato più forte negli ultimi tempi. Il paziente accusava nausea e spesso eruttazioni; non vi fu mai itterizia, nè vomito; il dolore sembrava calmarsi per un poco, mangiando. Il paziente era diminuito di circa 15 kg.

All'esame si notava cattivo stato di nutrizione; dentatura in pessime condizioni con piorrea, lingua larga ed umida, molto impaniata. Addome scafoide; distinta pulsazione cardiaca all'epigastrico. Il lato sinistro non è dolente alla pressione, nè rigido; la milza non si palpa; il retto di destra è rigido, specialmente nel terzo superiore, dove è pure dolente alla palpazione. Vi è una certa pienezza all'epigastrio, che dà l'impressione di una massa sottostante soda e ferma. Fegato non palpabile.

Esame radiografico: stomaco: adesioni o forse ulcera presso il piloro; duodeno: negativo. Stasi notevole. Sensibilità sulla fossa iliaca destra, da causa indeterminata.

Esame del succo gastrico: acidità totale 0,94; HCl 0,64. Notevole quantità di amido, e discreta di grasso.

Con la diagnosi di probabile carcinoma gastrico, il paziente venne sottoposto all'operazione in cui si notò dilatazione della prima parte del duodeno ed una massa irregolare dura nella parete posteriore presso la fine della seconda porzione. Trattavasi di una massa carcinomatosa ulcerata, che aveva origine al disotto dell'ampolla del Vater ed aveva invaso

la testa del pancreas in modo da formare un tutto unico. Venne praticata la gastroenterostomia posteriore: l'ammalato morì due giorni dopo. Probabilmente trattavasi di un carcinoma primario, per la rapida perdita di peso e la breve durata della malattia; la struttura istologica era quella di adeno-carcinoma.

Patologia. — Il carcinoma, che segue l'ulcera duodenale, differisce di poco dall'ulcero-carcinoma pilorico; il lume del duodeno viene quasi sempre dilatato. Vi è tendenza a metastasi; lo stomaco è spesso dilatato. Non è improbabile che molti carcinomi pilorici, abbiano origine nel duodeno e si estendano poi al piloro.

Il carcinoma della seconda porzione ha origine presso la papilla del Vater. l'itterizia è quasi costante e persistente, sebbene non dello stesso grado come nel carcinoma dell'ampolla del Vater. Vi è spesso dilatazione dei dotti biliare e pancreatico, con formazione di cisti pancreatiche da ritenzione e necrosi grassa. Spesso il tumore è confuso in una sola massa col pancreas; istologicamente presenta somiglianze col tessuto pancreatico, più che con le cellule della varietà cilindrica.

Il carcinoma della terza porzione è il più raro fra i carcinomi dell'intestino tenue. Si presenta con l'aspetto di masse piatte, ulcerate, con stenosi. Vi è dilatazione della prima e seconda parte del duodeno. La struttura è alveolare od a cellule cilindriche.

Diagnosi. — Se il tumore è palpabile, non lo si distingue facilmente da quello del piloro; i tumori della seconda e terza porzione sono fissi, mentre quelli della prima e del piloro sono mobili.

I tumori pilorici sono accompagnati da sintomi di ostruzione e di dilatazione gastrica. L'itterizia indica piuttosto un carcinoma duodenale, e così pure l'acidità normale del succo gastrico, mentre nel carcinoma dello stomaco vi sono, quasi costanti e precoci, i sintomi dispeptici.

I tumori della seconda porzione, specialmente quelli della papilla possono condurre a morte per ostruzione biliare ed infezione grave; questi casi possono anche terminare per emorragia.

Se vi è ostruzione del dotto pancreatico, si può avere diarrea pancreatica con feci abbondanti, grasse, scolorite, molto puzzolenti, cibi indigeriti.

Nei tumori della terza porzione, predominano i sintomi gastrici, con vomiti di notevole quantità di materie biliari.

FILIPPINI.

Sulla colelitiasi.

(Dott. CARLO RHODE. *Münch. Med. Wochenschr.*, n. 6).

Un grande numero di malati di litiasi biliare offre sintomi più o meno gravi di malattie gastriche e spesso i medici sono tratti in errore, tanto da curarli anni e anni per malati di stomaco. La vicinanza fra cistifellea e stomaco, le aderenze che spesso esistono fra i due organi in seguito alla litiasi, il decorso comune delle fibre nervose sensitive della cistifellea e di quelle del ventricolo, la dipendenza della produzione e della secrezione della bile dall'entrata del contenuto acido del ventricolo nel duodeno, ci spiegano la reciproca relazione fra i due organi.

Le opinioni degli autori sul chimismo gastrico nella colelitiasi sono discordi: alcuni hanno riscontrato iperacidità, altri ipoacidità. L'autore, esaminando il succo gastrico di 43 pazienti, ha riscontrato:

12 volte rapporti normali (fra 20-40 HCl libero).

12 volte ipoacidità (sotto a 20 HCl libero)

19 volte *deficit* di HCl.

Perciò, su 43 casi, 31 volta la produzione dell'acido cloridrico era diminuita.

La produzione di acido cloridrico ne soffre in modo speciale in quei casi nei quali esiste obliterazione del cistico.

Le stesse alterazioni nel chimismo gastrico le abbiamo trovate in malati ai quali avanti anni era stata eseguita la colecistectomia con drenaggio a T o meno. Nella colelitiasi esistono dunque le stesse alterazioni nel chimismo gastrico prima e dopo dell'operazione radicale, per cui esse non possono essere una conseguenza dell'intervento operativo, ma un fenomeno concomitante della litiasi. Il fenomeno potrà spiegarsi pensando che per la reciprocità esistente fra tutti i succhi digestivi un'alterazione del sistema biliare agirà in via riflessa sulla secrezione gastrica, diminuendola: poi le alterate relazioni anatomiche (aderenze, perforazioni) ne hanno una parte, ma il perno della questione deve esser cercato in un altro campo.

Noi sappiamo che durante il riposo dell'attività digerente della ghiandola, dalla papilla fluisce continuamente una goccia di bile nell'intestino, ed oltre a questa ne viene immagazzinata una certa quantità nella vescichetta biliare. Se questa manca per colecistectomia o per obliterazione del condotto cistico, è naturale che quella quantità di bile che dovrebbe

raccogliersi come riserva nella cistifellea, si aggiunge alla goccia che irrora continuamente l'intestino; con altre parole, arriva nell'intestino più bile di quella che vi arrivi normalmente. Ora è noto che se alcali o grassi arrivano in contatto colla mucosa del duodeno (Parolow, Bickel) la funzione secretoria gastrica viene influenzata nel senso di ipofunzione. Per i casi nei quali la cistifellea è conservata e il cistico è permeabile, bisogna pensare che abbiamo a fare con un organo che è leso nelle sue funzioni per alterazioni anatomiche, per cui non può assumere tutta la bile che dovrebbe accogliere, per cui anche in questi casi arriva più bile nel duodeno che nella vescica.

La radiografia dopo pasto di prova ha poi dimostrato su 37 casi, 31 volta uno spostamento verso destra del ventricolo o del piloro o del duodeno, in 3 casi insufficienza pilorica, in 10 casi residuo alimentare dopo 6 ore dal pasto di prova. All'operazione si rinvennero estese vecchie aderenze fra la cistifellea raggrinzata e gli organi vicini. Lo stesso riscontrammo visitando radiograficamente operati di colecistectomia con o senza drenaggio a T. Le alterazioni radiografiche del ventricolo e del duodeno sono un fenomeno concomitante della colelitiasi e sono dovute a compartecipazione degli organi vicini per adesioni, e tali alterazioni si riscontrano anche dopo operazioni, non già come conseguenza dell'atto operativo, ma piuttosto come residuo della colelitiasi.

CONCLUSIONE.

1. Nella colelitiasi esiste per lo più ipoacidità o *deficit* di HCl, quale conseguenza della mancanza fisiologica della vescica biliare ammalata; la ipoacidità esistente dopo l'operazione o il *deficit* di HCl non è perciò una conseguenza dell'estirpazione della vescichetta biliare.

2. Nella colelitiasi si osserva alterazione di posizione e forma disturbi di motilità del ventricolo e del duodeno radiologicamente dimostrabili e prodotte da adesioni; l'operazione stessa non ha alcuna importanza per la genesi di queste aderenze.

3. Queste alterazioni non turbano il benessere degli ammalati.

4. Per queste ragioni la colecistectomia deve essere preferita ai metodi conservativi, perchè si allontana un organo fisiologicamente fuori di funzione e si assicura il paziente contro ulteriori gravi conseguenze, che deriverebbero dalla conservazione dell'organo.

PERGHER.

CHIRURGIA.

I postumi peritoneali delle ferite dell'addome da proiettile di guerra.

(M. STASSEN. *Archives Médicales Belges*, n. 11, novembre 1918).

Un ferito del ventre, anche operato e ben guarito, non è al sicuro di ogni pericolo; solo eccezionalmente può ritrovare tutta la sua capacità fisica. Anche nei laparotomizzati con decorso post-operatorio della ferita nelle condizioni più favorevoli, persiste quasi sempre un po' di debolezza delle pareti addominali, e, per poco che ci sia stata infiammazione o infezione, questa debolezza delle pareti addominali si traduce spesso in un eventramento più o meno notevole. E vi sono altre complicazioni che sfuggono facilmente all'investigazione: sono le aderenze peritoneali che saldano gli organi addominali fra loro e alle pareti dall'addome. Esse, relativamente silenziose per un tempo più o meno lungo, si rivelano qualche volta bruscamente con sintomi allarmanti di stasi e d'occlusione intestinale acuta, che, in certi casi, richiedono una nuova laparotomia.

L'A. ha avuto campo di osservare, all'Istituto di rieducazione professionale per mutilati e invalidi di guerra che il Governo belga ha creato a Port-Villez, una trentina di feriti addominali, quasi tutti « laparotomizzati di guerra », colà inviati per la rieducazione professionale, dichiarati guariti, cioè non aventi più bisogno di cure mediche. Una diecina avevano subito, prima di essere inviati all'Istituto, interventi di chirurgia riparatrice destinati a chiudere la breccia della parete addominale; i più erano stati provvisti di ventriere elastiche.

Fra questi trenta feriti del ventre solo una diecina avevano ricuperata una capacità fisica intera o quasi; cinque o sei avevano pareti addominali ben continenti ma un po' deboli; nove erano affetti da eventramento più o meno accentuato con frequente visceroptosi consecutiva. In generale, questi mutilati si lamentavano di disturbi gastro-intestinali (meteorismo, senso di pesantezza nell'addome, pirosi, rallentamento della digestione, ecc.). Sei altri mutilati avevano, inoltre, defecazioni dolorose, sopratutto quando erano leggermente stitici; in tre fu notata la stasi intestinale cronica, ed in altri tre casi (vale a dire nel 10 % del totale) si dovè intervenire d'urgenza con una nuova laparotomia per occlusione intestinale acuta, determinata da numerose aderenze e briglie fibrose.

Le *ferite dell'addome localizzate nei fianchi* lasciano qualche volta, oltre l'eventramento

della parete addominale con aderenze peritoneali e disturbi patologici consecutivi, fistole colche che, in certi casi, sono difficilissime a chiudere e che richiedono una nuova laparotomia e una resezione intestinale. D'altra parte, la fistola si apre con intermittenza; geme per 3-4-5 settimane e poi si chiude di nuovo per 2-3 mesi.

I *postumi di laparotomie posteriori* e sopratutto i postumi di laparotomie che furono complicate da nefrectomia e da fistola stercorale posteriore s'accompagnano qualche volta a crisi dolorose d'un carattere impressionante, localizzate nella regione renale e lungo il tragitto del colon. Esse sono d'una violenza estrema, immobilizzano completamente il paziente, si acutizzano maggiormente nei tentativi di palpazione dell'addome e non cedono che ad iniezioni ripetute di morfina (3-4 ctgr. al giorno). Durano da 8 a 10 giorni, poi tutto rientra nella calma; ma ricompaiono dopo qualche settimana e senza causa apparente. I clisteri, i purganti non esercitano un'influenza speciale sul loro decorso; le iniezioni di fibrolisina e di tiosinamina sembra favorirne la guarigione. L'A. ha visto due di questi casi.

Nelle *laparotomie* basse per ferite della cavità peritoneale complicate da lesioni della vescica, aderenze peritoneali possono imbrigliare la capula vescicale ed essere causa d'incontinenza delle urine.

Le *laparotomie alte, sopratutto quelle a T o a L*, praticate per lesioni concomitanti del fegato, della milza o del pancreas, o d'uno dei grossi vasi dell'addome, richiedenti una larga apertura del ventre, lasciano anche dietro di loro, oltre i postumi inerenti ai visceri feriti e alle aderenze peritoneali, disturbi abbastanza serii della statica del tronco e della deambulazione (deviazione della colonna vertebrale, scoliosi, lordosi, camptorachide, deambulazione sulla punta del piede e raccorciamento apparente dell'arto dal lato della laparotomia, ecc.). In tali mutilati questi disturbi si sviluppano spesso su un terreno pitiatico, ma la loro genesi può essere egualmente spiegata da retrazioni muscolari e cicatriziali dovute ad attitudini viziose prese durante il soggiorno a letto o al momento dei primi passi. Quando le attitudini viziose persistono per più mesi, diventano quasi sempre definitive ed è ben difficile di rimediarvi ulteriormente. Le loro conseguenze sono allora gravissime sullo stato fisico e morale del ferito e sulla sua capacità professionale futura.

Il divenire economico dei «laparotomizzati di guerra». Fra i 30 feriti gravi dell'addome inviati all'I. M.-I. O. di Port-Villez per la rieducazione professionale, 10 solamente hanno potuto riprendere il mestiere che esercitavano prima di essere chiamati sotto le armi; mestiere non rude nè richiedente grandi sforzi muscolari: 5 coltivatori, 2 magazzinieri, 3 impiegati Gl altri 20 son dovuti essere orientati verso nuovi mestieri, cioè 7 verso l'industria del cuoio, 5 verso professioni intellettuali (scuole ausiliari, disegno industriale, architettura), 2 verso l'industria del libro, 2 verso l'elettricità e la telegrafia senza fili, 2 verso mestieri diversi (sarto, pellicciaio); 2 sono stati congedati senza pensione come domestici. Prima essi esercitavano il mestiere di carpentieri, minatori, carrettieri, agricoltori, fabbri, ecc.; all'Istituto di Port-Villez sono stati rieducati a professioni non richiedenti grandi sforzi muscolari, a cui la malattia li ha resi inabili. Nella pensione che lo Stato deve loro assegnare si deve tener conto di questa circostanza di fatto.

Valutazione del grado delle incapacità fisiche per ferite dell'addome da proiettili di guerra. — L'A., tenendo conto della diverstà delle ferite dell'addome da proiettili di guerra e dell'esperienza acquistata nel corso di quattro anni di chirurgia di guerra, ha proposto il seguente schema:

1° cicatrice fragile della linea abba senza eventramento ben caratterizzato	5 a 10 p. 100
2° cicatrice fragile dei fianchi che in un tempo più o meno lontano condurrà ad un eventramento, sopratutto se il mutilato deve esercitare un mestiere faticoso	10 a 15 p. 100
3° eventramento ben caratterizzato senza visceroptosi esenza disturbi gastro-intestinali .	15 a 20 p. 100
4° eventramento relativamente stretto (breccia muscolare larga da 2 a 3 centimetri nel suo diametro più grande), ma con disturbi intestinali e sintomi caratteristici di aderenze epiploiche	30 a 35 p. 100

In vista di un aggravamento ulteriore dello stato del mutilato, riservargli nel processo-verbale di pensione un ricorso per eventuale aumento della tassa di pensione accordata.

5° eventramento largo della linea alba o dei fianchi accompagnata da segni certi di peritonite cronica (disturbi gastro-intestinali, coliche, stitichezza

ostinata, accompagnata da vomiti alimentari). Serbargli egualmente nel processo-verbale un ricorso per aumento di pensione in caso di aggravamento . . . . 40 a 50 p. 100

Se vi è in più fistola stercorale intermittente . . . . 60 p. 100

6° gli eventramenti consecutivi alle laparotomie a T, in croce, ecc., sono spesso larghe, sempre gravi e poco compatibili con l'esercizio di una professione faticosa; senza segni di peritonite cronica, essi comportano un'incapacità di . . . 25 a 35 p. 100

Se si accompagnano a disturbi della statica del corpo (attitudine viziosa acquisita, scoliosi, lordosi, camptorachide, raccorciamento apparente di uno degli arti inferiori) senza segni di peritonite cronica . . 50 p. 100

7° le laparotomie che hanno provocato gli eventramenti indicati ai paragrafi 5 e 6 sono state spesso praticate da lesioni viscerali multiple; se vi è stata splenectomia, l'assegno soprascritto può essere aumentato di . . . . 20 a 25 p. 100

Per una nefrectomia, aumento di . . . . 25 a 30 p. 100

Per resezione della vescicola biliare, aumento di . . . . . . 25 a 30 p. 100

Gl'interventi sul parenchima epatico, sul pancreas, sullo stomaco, si accompagnano spesso a cirrosi e a pariepatite, a pancreatite e peripancreatite, a gastrite e a perigastrite (periepatite, peripancreatite, perigastrite non essendo che varietà di peritonite cronica). Bisogna allora, secondo i casi, contare su un aumento di . . . . 30 a 50 p. 100

Alcuni di questi mutilati sono dei veri infermi incapaci di ogni lavoro.

8° in caso di aderenze vescicali con disturbi della minzione aumento ai 5° e 6° di . . . . . 15 a 20 p. 100

9° in caso di cicatrici posteriore, aumento di . . . . 15 a 20 p. 100

10° se vi sono in più crisi di nevralgie coliche, aumento, secondo la frequenza delle crisi, di . . . . 15 a 25 p. 100

Certo questo schema non è completo, ma lo scopo è stato sopratutto di attirare l'attenzione sulla situazione particolare dei soldati con postumi peritoneali da ferite dell'addome. Questi mutilati devono essere esaminati con la massima attenzione; poichè, anche sotto le apparenze di una salute florida e d'uno stato fisico dei più soddisfacenti, sono abbastanza spesso esposti ad accidenti gravi: qualche volta la loro cavità peritoneale non è che un vulcano spento, di cui i risvegli inattesi possono condurre, se non si è prevenuti, alle peggiori catastrofi.

B. MASCI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia delle Scienze mediche di Palermo.

Seduta straordinaria del 29 aprile 1920.

Lotta contro la tubercolosi.

Prof. C. LAZZARO. — Riassume i criterii della lotta antitubercolare nei seguenti provvedimenti:

1° *Diagnosi precoce della malattia*, i *centri di accertamento diagnostico*, all'uopo creati, d'accordo con i *dispensarii*, tendono ad accertare la malattia fin dal suo primo apparire.

2° *Cura dell'ammalato*, che va fatta in appositi locali, a secondo delle condizioni dell'infermo. Parla perciò dei *tubercolosarii* e dei *sanatorii*.

I *dispensarii curativi* per gli ammalati di forme assai incipienti, o chiuse o per quei casi assai rari in cui la recezione in sanatorio non è attuabile. Nei *dispensarii curativi* si svolge una serie di provvedimenti che formano la parte più importante della lotta antitubercolare: *educazione dell'ammalato*, il quale deve cercare di usare tutti i mezzi, perchè la sua malattia non venga trasmessa agli altri ed *educazione dei sani*, i quali con la conoscenza dei pericoli, apprendano a sfuggire alle continue minacce.

Sorge la necessità delle *case in montagna*, delle *colonie alpine*, delle *case del sole*, degli *ospizi marini*, delle *scuole all'aperto*. Tutte queste istituzioni debbono essere largamente sussidiate, perchè possano rispondere allo scopo, ed il sussidio deve essere dato dallo Stato.

Argomento importante nella lotta contro la tubercolosi è il *matrimonio dei tubercolosi*. L'O. crede inutili le leggi proibitive, le quali eviterebbero il matrimonio ufficiale, ma.., non eviterebbero mai quello che noi medici, nello interesse della umanità, vogliamo evitare. *Il consiglio del medico*, dice l'O., se ben dato ed affettuosamente dato, *potrà diminuire il numero dei matrimonii delle persone affette e perciò anche la procreazione dei predisposti*, ciò che una legge non riuscirà a fare.

Ricorda quanto la città di Palermo ha fatto per la lotta antitubercolare.

L'O. crede che per combattere il male, fin dal suo primo apparire, siano efficaci le *frequenti ispezioni sanitarie delle scuole*, fatte da specialisti ed alle ispezioni sanitarie dovrebbero seguire le *visite domiciliari* fatte dalle *dame visitatrici*, la cui istituzione dovrebbe venire fatta più stabilmente.

L'O., suggerisce la istituzione delle *navi viaggianti*, che potessero a bordo ricoverare degli ammalati di tubercolosi: tali navi dovrebbero essere riservate per coloro che non possono essere internati in altri luoghi di cura e per i quali la dimora in mare potrà essere di giovamento.

Nella lotta contro la tubercolosi *non bisogna però dimenticare il tubercoloso, che per le sue condizioni fisiche è ancora in grado di poter trarre vantaggio del suo lavoro.* Bisogna quindi creare *scuole di lavoro, laboratorii speciali in appositi e ben adatti locali* dove questi infermi potessero essere avviati ad un *lavoro redditizio, confacente* e che risponderebbe assai bene non solo per loro, ma ancora per la società.

M. CIULLA.

Società Medico-Chirurgica di Modena.

Seduta del 6 *maggio* 1920.

Presiede il prof. SPIRINO, *presidente*.

La sublussazione della mandibola nel rianimamento dei nati asfittici.

RIZZATTI prof. G. (direttore della Maternità e Brefotrofio). — La sublussazione mandibolare assume l'importanza di un nuovo metodo che la pratica di alcuni anni dimostrò al Disserente essere ancora più utile ed efficace di quello classico di Schultze.

Contributo allo studio delle malattie prodotte da germi similcarbonchiosi.

SARTI dott. C. (aiuto dell'istituto d'igiene). — L'O. dopo aver ricordato l'esistenza di germi similcarbonchiosi e le differenze loro con i carbonchiosi veri, sia morfologiche, culturali e biologiche, che patogene, ricorda pure gli AA. che primi li misero in evidenza e li descrissero. Fa quindi menzione dei pochissimi casi descritti nella letteratura riguardo le forme morbose che tali germi sono capaci di determinare nell'uomo, citando Wilamowscki (1912), Pokchischewscky (1914).

Con le debite ricerche culturali e sperimentali, poi con le prove di agglutinazione di siero di sangue del paziente, positive al titolo di 1 : 150, l'O. riesce a mettere in evidenza la presenza di germi similcarbonchiosi pensando essere ad essi dovuta la forma morbosa polmonare su menzionata.

Sopra la sterilizzazione e conservazione del latte con tintura di iodio.

(Comunicazione preventiva).

SIMONINI prof. A. (direttore della Clinica Pediatrica). — Le sue ricerche datano dal luglio 1919, e sono in parte chimiche e batterioscopiche, in parte sperimentali sopra animali e bimbi lattanti. Le prime si riferiscono alla reazione, viscosità, ebollizione, coagulazione, ai vari componenti, lattosio, grasso, albuminoidi, fermenti, sali, ecc., del latte iodato; alle modificazioni della flora batterica comune: le seconde riguardano la tolleranza per parte degli animali, e quindi dei bambini, del latte conservato anche per più giorni con la tintura di iodio.

Modificazioni notevoli nella composizione chimica, o almeno tali da sconsigliare il latte iodato per l'uso comune, non furono riscontrate: la tolleranza sia negli animali che nei bambini fu perfetta anche con quantità notevoli di iodio; la conservazione fu veduta normale per 40-56 e 90 ore, a seconda della temperatura ambiente. Crede quindi l'O. che si possa ricorrere a questo metodo di conservazione del latte, tanto più che si presenta semplice, alla portata di tutti.

Valore della reazione di precipitazione di Sachs e Georgi nella diagnosi di sifilide.

MORINI L. — L'O. fa una breve comunicazione preventiva di esperimenti sulla reazione di floculazione di Sachs e Georgi diretti a stabilirne il valore per la diagnosi di infezione luetica.

La reazione fu condotta usando estratto alcoolico di cuore di bue direttamente inviato dal Sachs ed estratti alcoolici fatti dall'O. opportunamente mescolati, diluiti e colesterinati secondo le indicazioni degli AA. La tecnica seguita fu quella più recente, lasciando i tubi per dodici ore in termostato a 37°.

Tutti i sieri furono sottoposti, per controllo, anche alla reazione di Wassermann, secondo il metodo originale usato nel laboratorio della Clinica Dermatologica.

I sieri così esaminati furono 158. Dalle conclusioni che l'O. espone risulterebbe confermata, per la reazione di Sachs e Georgi una specificità, per quanto non assoluta per la diagnosi di sifilide, risultando positiva nel 90 % circa dei casi clinicamente accertati, ed una sensibilità particolarmente precoce nelle forme di lue iniziale. La concordanza coi risultati della reazione di Wassermann si ebbe nell'84 % circa dei casi. I sieri non sifilitici reagirono tutti negativamente, tranne che in un caso di lupus nel quale si ebbe pure una Wassermann positiva debole.

Cura delle endometriti croniche e delle metrorragie da esse dipendenti.

RIZZATTI prof. G. — L'O. espone un suo metodo, che è una modificazione di quello di Veet. Messa allo scoperto la porzione vaginale, introduce nell'utero una comune sonda od una speciale sottile pinza, rivestite di un sottile strato di cotone imbevuto di una soluzione concentrata di iodio e glicerina. In qualche caso con la stessa pinza pratica una leggera dilatazione del canale cervicale, per facilitare il deflusso dei secreti e dei detriti. La cura si può fare ambulatoriamente: non presenta i pericoli nè gli inconvenienti delle iniezioni e del raschiamento; ed offre il grande vantaggio di risparmiare una dilatazione cervicale. Enumera i diversi casi trattati con tale metodo.

Un sintomo patognomonico in patologia ostetrica.

RIZZARDI prof. G. — Questo consiste in una rapida e straordinaria distensione dell'utero in gravidenza al V e VI mese, al punto da sorpassare il volume di una gravidanza a termine. Tale sintoma corrisponde sempre e soltanto alla gravidanza gemellare monocoria con idramnios unilaterale, ineguale sviluppo fetale e macrocordia del feto idramniotico. Di un caso analogo l'O. da illustrazione e mostra fotografie.

R. SIMONINI.

Società Medico-Chirurgica di Bologna.

Adunanza scientifica del 24 *aprile* 1920.

Presidente: prof. VITTORIO PUTTI.

Intorno ad un ritrovamento malpighiano fatto dalla Presidenza.

FRANCHINI F. — Trattasi di una cassetta contenente ferri anatomici e di dissezione usati da Malpighi, e perciò di un oggetto e di un fatto di grande importanza storica, su cui il F., segretario della Società, riferisce e commenta.

Sulla guarigione spontanea della tubercolosi renale.

PERRUCCI A. — Presenta pezzi anatomici (reni, ureteri e vescica) ricavati da una necroscopia di malato deceduto nella sezione chirurgica. Il rene destro era invaso da tubercolosi massiva, era un rene cistico e caseoso; affezione che ebbe un decorso silenzioso. Il rene sinistro mostrava segni di nefrite parenchimatosa.

L'O. parla sulle idee attuali della cura della tubercolosi renale, che è solo chirurgica e discorre della rara possibilità di guarigione spontanea di essa. Non breve discussione segue intorno a questa comunicazione.

Sulle lesioni dei legamenti crociati del ginocchio.

SERRA A. — Presenta un malato, nel quale un grave peso caduto sulle ginocchia, provocò distorsione in valgismo, rotazione esterna con flessione del ginocchio con lussazione della tibia. La stabilità del ginocchio è compromessa solo nella flessione. Avvenne lo strappo dei legamenti, rimanendo illeso il resto dell'apparato legamentoso. Compie l'esame obbiettivo del malato, per dimostrare il suo asserto, e presenta radiografie.

Dott. G. M. PICCININI.

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 21 *maggio* 1920.

Taglio cesareo.
Asportazione di nodi fibro-miomatosi.

E. ALFIERI. — Presenta un caso di *taglio cesareo con ovaro-salpingo-isterectomia sopravaginale per grosso fibro-mioma del segmento inferiore occludente la pelvi* (gr. 3400), con estrazione di un feto vivo (gr. 2700) e decorso post-operatorio normale.

Ed un altro caso di *asportazione di cinque nodi fibro-miomatosi sottosierosi ed intramurali da un utero gradivo al V mese*, con prosecuzione indisturbata della gravidanza.

Contributo casistico alla terapia chirurgica dell'echinococco addomino-pelvico.

E. ALFIERI. — Riferisce ed illustra sei casi di cisti di echinococco interessanti direttamente od indirettamente gli organi pelvici, accolti nella Clinica Ginecologica di Cagliari, durante il periodo di sua direzione.

In due casi trattavasi di grosse cisti dello sfondato vescico-uterino, di cui una suppurata. In un terzo la cisti di echinococco, pure suppurata, del fondo cieco vescico-uterino, comunicava colla vescica e presentava note anatomopatologiche non dubbie di tubercolizzazione secondaria della parete.

In un altro esisteva una cisti da echinococco dell'ovaio destro ed un'altra più piccola del connettivo preperitoneale parietale, oltre ad un fibromioma uterino interstiziale, del volume di un arancio.

Nel quinto caso si trattava di una grossissima cisti suppurata, occupante tutto l'addome, ed impiantata con ogni probabilità primitivamente all'ilo della milza.

In fine nel sesto esistevano cisti multiple al lobo sinistro del fegato, alla fossa iliaca destra, nella pelvi e nel setto retto-vaginale. Alla puntura esplorativa da quest'ultima venne estratto liquido acquoso, limpidissimo, contenente tipici protoscolici vivi.

Quest'ultimo caso, data la molteplicità delle localizzazioni, venne passato per l'intervento alla Clinica Chirurgica.

Gli altri cinque vennero trattati operativamente dall'O., in 4 di essi colla esportazione totale della cisti, e nel quinto colla sua resezione e marsupializzazione, essendo riuscita impossibile l'enucleazione completa.

In un caso venne associata l'isterectomia subtotale per fibroma dell'utero, ed in un altro la resezione e la sutura della cupola vescicale.

In tutti i casi seguì guarigione completa.

Un caso di setticopiemia tubercolare.

REINA G. — Presenta un caso interessante portato al tavolo anatomico nel quale il decorso clinico della malattia ed alcuni palesi sintomi obbiettivi hanno condotto ad una diagnosi che solo le ultime indagini anatomo-patologiche microscopiche hanno potuto specificare. Ha dimostrato che i reperti macroscopici dell'autopsia confortavano in gran parte quelli clinici e quindi la stessa diagnosi clinica.

Si riferisce al caso segnato col N. 4313 di protocollo dell'archivio dell'Istituto di Anatomia patologica.

N. Maria, di anni 43, contadina, entrata all'ospedale dieci giorni prima della morte, per vasto ascesso estendentesi alla regione sacrale, glutea e perineale da streptococchi e stafilococchi. Dopo l'intervento chirurgico l'ammalata migliorò lieve-

mente e poi ebbe nuovamente febbre elevata, brividi forti, sudori profusi, agitazione continua: l'ultimo giorno di vita manifestò dispnea grave, prostrazione, delirio, coma: ne sussegui la morte. Il clinico fece diagnosi di setticopiemia.

Al tavolo anatomico furono riscontrati ascessi metastatici al cervelletto, al polmone, al rene ed alla milza. Parve così che si trattasse di ascessi metastatici il cui focolaio d'origine dovesse essere l'ascesso accennato della regione sacrale, perineale, glutea. Senonchè l'esame microscopico dei preparati allestiti per striscio del pus degli ascessi testè menzionati diede assenza completa di piogeni e presenza invece di enorme quantità di bacilli tubercolari. Studiate poi le alterazioni istopatologiche dei vari organi potè esser messa in evidenza una grande diffusione di tubercoli piccolissimi, microscopici assolutamente invisibili ad occhio nudo. L'A. presenta preparati microscopici del caso.

Conclude dimostrando come lo sviluppo di un ascesso da piogeni in un soggetto eredo-tubercolare ha accompagnato e favorito lo sviluppo di una forma di tubercolosi miliare acuta le cui note anatomo-patologiche macroscopiche messe in rapporto con quelle cliniche simularono sino alle risultanze microscopiche una forma di setticopiemia da comuni piogeni.

Nota altresì la non comune manifestazione di una forma bacillare a tubercoli invisibili ad occhio nudo e ad ascessi metastatici a carattere acuto.

Ulteriore contributo allo studio di una particolare forma di emoglobinuria sperimentale. - Su di un siero antiemoglobinurico.

A. GASBARRINI. — L'O., dopo aver ricordato alcune sue ricerche sperimentali, rese note or fa qualche anno, secondo cui è possibile determinare in cani e conigli, per iniezione peritoneale od endovenosa d'una certa quantità di sangue fresco laccato ed isotonizzato, una particolare forma di emoglobinuria, assai simile a quella umana (malarica, chininica, da favismo, ecc.), riferisce una serie di nuove osservazioni, dalle quali risulta che iniettando preventivamente nelle vene di un cane o coniglio una determinata dose di siero sanguigno inattivato, appartenente ad animale, reso emoglobinurico con l'artificio suddetto, si riesce ad impedire, o quasi, l'emoglobinuria.

A parte il meccanismo secondo cui il fenomeno avviene e che ha bisogno di essere precisato da successive indagini, la mancanza dell'attacco emoglobinurico in questi casi fa pensare che per azione del siero di sangue previamente iniettato, si stabiliscano nell'organismo delle condizioni tali da permettere la scomposizione dell'emoglobina introdotta con conseguente bile ed urobilinuria.

L'O. si domanda inoltre se un siero così allestito non possa eventualmente essere utilizzato nell'uomo come antiemorragico. Prove fatte a semplice scopo di orientamento in qualche caso di emoglobinuria da favismo e di porpora emorragica sembrano veramente incoraggianti ed inducono ad estendere su vasta scala le ricerche.

Intorno alla sistematizzazione fascicolare dei nervi periferici.

G. C. RIQUIER. — Comunica i risultati di nuove ricerche in corso sulla topografia fascicolare dei nervi periferici che hanno il precipuo scopo di verificare alcuni dei reperti ottenuti dal Dustin.

Mentre lo studioso belga ha trovato che nel tronco nervoso (mediano, radiale e cubitale dell'uomo) i fasci si dividono e si anastomizzano continuamente a formare un vasto plesso e che di conseguenza riesce impossibile concepire una sistematizzazione funzionale del nervo a base anatomica, l'O. in tratti, fino a 4 cent., di nervo cubitale umano, esaminati su sezioni seriate, ha notato che *mentre i fasci cambiano di numero non mutano fondamentalmente di posizione.*

Nel nervo vi sono gruppi di fasci che pur variando di numero e di volume hanno una manifesta tendenza ad occupare sempre lo stesso segmento della superficie di sezione. Non si osserva mai che un fascio di un segmento si disponga trasversalmente alla superficie di sezione per portarsi ad un segmento opposto. Qualche raro fascio mantiene netta individualizzazione e posizione costante.

Questi reperti escludono la commistione disordinata dei fasci dentro il nervo. Ma dimostrare nel nervo gruppi di fasci relativamente distinti non vuol dire determinare il loro significato funzionale (potrebbero infatti essere costituiti da fibre di moto e di senso commiste).

Allo studio delle degenerazioni provocate nei tronchi nervosi dal taglio di radici spinali, su materiale adatto: scimmie antropomorfe, bisognerà forse, secondo l'O., chiedere fino a qual punto alla sistematizzazione funzionale corrisponda quella anatomica.

A. GASBARRINI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

SEMEIOTICA.

La lingua stuporosa.

De Chavigny (*Paris Médical*, 13 settembre 1919) richiama l'attenzione sopra le *impressioni dentarie sulla lingua* che si riscontrano in svariati stati psichici. È segno facile a constatare e sta ad indicare uno stato d'immobilità muscolare, di torpore, dipendenti dallo stato psichico. Queste impressioni dentarie consistono in una deformazione particolare del bordo antero-laterale della lingua, che compresso a lungo contro la faccia interna dei denti, si modella su di essi e ne riproduce le cavità e le sporgenze. Suole, è vero, riscontrarsi in malattie gravi infettive, dove del resto è ugualmente prodotto dall'inerzia muscolare; ma è dove la causa di questa immobilità muscolare sfugge e precisamente in stati psichici speciali (stupore, melanconia, confusione mentale, ecc.), che il medico pratico dovrà richiamarvi l'attenzione.

L'A. ha proposto di chiamare questo segno « *lingua stuporosa* » per collegarlo con questa parola al caso più grave nel quale può riscontrarsi: allo stato stuporoso.

CESETTI.

Diagnosi differenziale dell'ascaridiasi.

R. Stahl e E. Seuffer (*Med. Klinik*, settembre 1919) osservano che si possono talvolta trovare, nelle feci, delle formazioni che, viste al microscopio, sono molto simili alle uova di ascaridi e difficilmente si possono da esse differenziare. Queste formazioni sono delle spore di « tilletia caries », un fungo che forma i suoi miceli sulle spighe di grano. Le spore, trasportate dal vento, infettano sempre nuove spighe, e possono, durante il raccolto, pervenire nel grano trebbiato e poi nella farina. Gli individui i quali mangino il pane confezionato con tale farina elimineranno nelle feci le spore inalterate, le quali, ove non si sospetti il loro vero essere, possono venire prese per uova di ascaridi.

Le uova di ascaridi, viste al microscopio, hanno forma ovale o rotonda; uno strato esterno giallo-bruno, a contorni irregolarmente ondulati, le differenzia dalle uova di tutti gli altri elminti. Questo strato circonda un involucro a doppio o triplo contorno, il quale racchiude il tuorlo, che è chiaro e finemente granuloso. Le uova sono lunghe 0,05 mm., larghe 0,04-0,05 mm.

Le spore della « tilletia caries » presentano anch'esse, viste al microscopio, una colorazione bruna. Sono rotonde, circondate da un involucro spesso, di struttura reticolare. Sotto a questo involucro si trova, racchiusa da un guscio a più contorni, una massa granulosa.

Come si vede, le uova di ascaridi e le spore del fungo presentano molteplici rassomiglianze, nella resistenza verso agenti chimici (succhi intestinali), nel colore e nella struttura interna. Esistono però delle differenze nella forma e nella grandezza. Le spore sono sempre rotonde, le uova sono spesso un po' ovali. L'involucro esterno dell'uovo di ascaride ha una struttura meno regolare di quello della spora. Le spore hanno un diametro di 0,017, esse sono dunque molto più piccole delle uova. Conoscendo specialmente questa diversità di grandezza, e pensando alla possibilità di trovare delle spore vegetali nelle feci, non sarà difficile evitare degli errori diagnostici.

pol.

Il valore diagnostico dell'esame rettale.

Delbel (*Le Progrès médical*, 1920) ricorda la necessità dell'esame rettale ogniqualvolta un malato accusi disturbi nella defecazione. Così nella regione anale il dito nudo facilmente ci fa riconoscere condilomi, emorroidi, vegetazioni, ragadi; nell'ampolla e nel cavo sovra-ampollare, un epitelioma, un restringimento sifilitico od infiammatorio, un restringimento congenito, una rettite ipertrofica proliferante.

I caratteri clinici di un epitelioma sovra-ampollare sono secondo l'A. i seguenti: defecazioni dolorose — sangue rutilante con le feci — il dito avverte una massa anulare, con margini duri e fusi con la mucosa rettale, iniziantesi immediatamente al disopra della prostata. Qua e là mammelloni, resistenti e sanguinanti con facilità. Il colore del malato non ci dice nulla in favore del neoplasma maligno poichè anche le continue emorragie emorroidali possono dare un identico colorito. La rettoscopia completando l'esame ci fa vedere che il tumore si estende in altezza per circa 5 cm.

Oltrepassata l'ampolla rettale beante per la perdita della sensibilità locale, si giunge nella parte ristretta ed al tumore.

Il restringimento sifilitico si differenzia per la sede soprasfinterica, quello congenito per la forma a diaframma; una rettite iperplastica per l'indipendenza delle sporgenze e per la mancanza di base indurita.

Gli epiteliomi rettali sono distinti in vari gruppi:

Epiteliomi dell'ano.
Epiteliomi ampollari.
Epiteliomi sopra-ampollari.
Epiteliomi rettosigmoidei.

Le indicazioni operatorie e i metodi sono i noti.

MONTELEONE.

CASISTICA.

Il tumore epatico nella febbre tifoide.

Dallo studio dei casi di febbre tifoide capitati sotto l'osservazione in quindici anni, E. Tranquilli (*Gazzetta Medica di Roma*, 1920, n. 4) è venuto nella conclusione:

a) Che è costante nella infezione tifosa una dolorabilità provocata eccezionalmente notevole, in genere sorda e lieve, lungo tutto il margine inferiore epatico oltre alla dolorabilità del punto cistico;

b) Che il tumore epatico, non che una complicazione, come afferma l'Eichorst, è una manifestazione non solo frequentissima, ma costante nella febbre tifoide e più notevole nei giovani e nelle donne, che negli adulti e nei vecchi;

c) Che mentre non è sempre dimostrabile un parallelismo fra l'acuzie del febbricitare ed il tumore epatico, è invece riconfermato il grande valore prognostico che ha, come afferma lo Gnudi, il persistere dell'epatomegalia con febbre ridottissima e perfino con l'apiressia, poichè tale associazione è indice di prossima riaccensione febbrile.

MONTELEONE.

Un caso di pancreatite emorragica acuta con necrosi rapida del pancreas.

L. Mayer di Bruxelles (*Le Scalpel*, n. 5, 31 gennaio 1920), cita un caso di pancreatite emorragica acuta operato e guarito e del quale aveva antecedentemente posta la diagnosi esatta, basandola sopra i seguenti sintomi fondamentali:

1° Notevole tumefazione addominale, divisa da un solco trasversale a livello dell'ombellico in due porzioni, epigastrica e sottoombellicale, dovuta la prima, alla distensione dello stomaco con resistenza lignea della porzione epigastrica dei muscoli retti, e la seconda alla distensione del colon trasverso, respinto in basso.

2° Dolore epigastrico violento, angosciante, improvviso, irradiantesi al dorso e a tutto lo addome.

3° Vomito all'inizio degli accidenti, che coincideva con la permeabilità intestinale, sì da fare escludere l'occlusione intestinale e la peritonite da perforazione.

4° Presenza di macchie bluastre in corrispondenza dell'ombellico, dovute forse a un disturbo trofico da irritazione del plesso celiaco.

Riguardo alla patogenesi ancora oscura delle pancreatiti emorragiche avute, l'A., è d'opinione che la spiegazione debba ricercarsi in una embolia.

CESETTI.

La perfor azione dell'ulcera gastrica e duodenale.

Da un esame di 90 casi, direttamente osservati S. W. Struthers (*Edinburgh med. Journ.* aprile 1920) osserva che la mortalità alta che si osserva (circa 25 %) è dovuta al ritardo, spesso inevitabile, con cui si procede all'atto operativo, dopo che si è verificata la perforazione. Ciò deve anche attribuirsi al fatto che non esistono sintomi, i quali mettano sull'avviso che è imminente la perforazione.

Nella maggior parte dei casi dell'A. vi erano stati lunghi periodi di dispepsia intermittente o costante, ma di tipo grave, in cui il sintomo più evidente era dato dal dolore dopo i pasti, che per il suo grado e la sua persistenza indicava la presenza di una lesione organica. In un'altra parte pure considerevole dei casi, si trattava di ulceri, a rapido sviluppo, in cui il primo sintomo era stato la perforazione, in pochi altri vi erano ricordi di disturbi tanto leggeri da non esigere alcuna cura.

Come conclusione, l'A. fa rilevare la necessità che nei casi di ulcera gastrica e duodenale, che non ceda presto al trattamento medico, il paziente deve essere operato quando la malattia è ancora nei primi stadii, invece di attendere il momento in cui si verifica la perforazione, poichè in quest'ultimo caso, le probabilità di successo dell'operazione non sono molto elevate.

r. s.

TERAPIA.

Le iniezioni endovenose di glucosio nelle malattie infettive.

Le iniezioni endovenose di glucosio sono usate da tempo nel trattamento delle malattie: si era però sempre rigorosamente osservato il criterio della isotonicità, iniettando soluzioni abbastanza diluite che avessero la stessa pressione osmotica del sangue. Si è veduto però che i timori che l'introduzione di un liquido a maggior pressione osmotica possa recare danni, non sono affatto giustificati; le soluzioni ipertoniche, iniettate nelle vene non provocano

emolisi, nè disturbi di sorta, salvo, secondo alcuni autori, dei brividi ed una passeggera elevazione di temperatura.

Le iniezioni vanno eseguite con la più scrupolosa asepsi; l'acqua, da usarsi per fare la soluzione, deve essere filtrata e bidistillata. È bene che il glucosio sia chimicamente puro; se ne fa una soluzione a 25-30 %, sterilizzando poi con l'ebollizione o meglio in autoclave.

La soluzione va iniettata *lentamente*: senza andare fino alle pretese di Enriquez che ritiene necessario impiegare un'ora per 250-300 cmc. di soluzione, si può adottare il consiglio di Wells e Blankship che prescrivono 30-40 minuti per la stessa quantità: si può regolare in precedenza il deflusso, in modo che fuoriescano dall'ago 60-90 goccie per minuto. È importante che la temperatura della soluzione sia leggermente superiore a quella del corpo; per ottenere questo basta tenere il tubo di gomma in un recipiente con acqua calda.

I citati Wells e Blankship hanno trattato 319 casi di polmonite da influenza, ottenendo risultati ottimi non solo nei malati di media gravità, ma anche in quelli gravissimi, giudicati disperati dopo l'insuccesso di altri metodi di cura; essi hanno usato soluzioni al 5, 10, 15, 25 %.

Non bisogna però dimenticare, come ricorda L. Cheinisse (*Presse méd.*, 10 aprile 1920) che queste iniezioni sono controindicate nei nefritici cronici azotemici, i quali possono presentare un aggravamento del loro male.

fil.

È tossico il sottonitrato di bismuto?

C. D. Costantinescu e A. Jonescu (*Presse Médicale*, 1920, n. 16) riferiscono il caso di un individuo dispeptico, a cui, a scopo radiologico, vennero somministrati 3 cucchiai di sottonitrato di bismuto e, nove ore dopo, 30 g. di solfato di magnesia. In seguito si manifestarono vertigini, perdita di coscienza, collasso, convulsioni. Trattato con salasso, adrenalina, caffeina, olio canforato, ipodermoclisi, l'ammalato si riebbe. Gli AA. ritengono che l'intossicazione sia da attribuirsi all'acido nitroso, che si forma per la decomposizione del sale nell'intestino, quando questo è irritato, come deve essere stato nel caso in esame, in conseguenza della somministrazione del purgante. Essi basano la loro opinione sul fatto che in 20 cmc. di sangue non hanno trovato bismuto, ma invece hanno riscontrato nitriti.

L. Barthe (*Journ. de médecine de Bordeaux*, 10 giugno 1920) osserva anzitutto che la quantità di sangue usata per l'analisi era troppo esigua, e trova che con il metodo con cui gli AA. hanno riscontrato i nitriti nel sangue non è affatto esente da errori.

Senza attribuire la colpa al sottonitrato di bismuto, occorre far gran parte alla incompatibilità dei due medicamenti, bismuto e magnesia, erroneamente somministrati. Il Barthe insiste invece sull'innocuità del sottonitrato di bismuto, confermata anche da molti altri, che hanno somministrato dosi massive di tale medicamento. Molte osservazioni di pretesi intossicamenti non hanno valore perchè incomplete, nella maggior parte non è nemmeno discussa la funzione che, nell'esito letale, possono aver avuto altre cause, fra cui principalmente la malattia stessa. Nemmeno l'osservazione dei due AA. citati può modificare tale opinione, mancando essa di precisione, sia dal punto chimico che da quello clinico.

fil.

La soluzione alcoolica di naftol β nel trattamento della scabbia.

Le pomate usate contro la scabbia, anche se confezionate con il sapone, che facilita la penetrazione del rimedio, hanno un' efficacia limitata in quanto che non raggiungono lo strato corneo basale dell'epidermide.

Maggior penetrazione ha l'alcool che *Slobo-ziano* ha usato come veicolo del naftol β = la soluzione alcoolica di naftol β (*Gazette des Hôpitaux*, 1920, *n.* 12) uccide i parassiti, imbeve la pelle ed impedisce ulteriori contagi.

La soluzione si ottiene sciogliendo nell'alcool superiore ai 90° il naftol che è solubilissimo. La proporzione per l'adulto è di 7-10 gr. di naftol ogni cento di alcool.

Il prurito scompare completamente fin dalla prima lozione poichè il naftol è anestesico.

L'applicazione si fa per lozioni su tutta la superficie del corpo con una compressa imbevuta della soluzione.

La pelle deve essere asciutta. È inutile l'uso dei bagni durante la cura: senza sfregare, bisogna ungere tutte le regioni del corpo e terminata la prima lozione, farne una seconda: usare la soluzione diluita per le regioni, come, ad es., lo scroto, ove il rimedio concentrato produrrebbe bruciore.

La persona che applica il medicamento deve ingrassarsi le mani, per evitare il contatto prolungato di queste con la soluzione naftolata.

Il trattamento è continuato poi per due o tre giorni.

MONTELEONE.

Nella tosse emetizzante dei tisici.

Ch. Coubard (*Journal des Praticiens*, 26 giugno 1920), consiglia di usare il regime secco per ovviare all'inconveniente grave di vomiti, che, verificandosi dopo i pasti, in conseguenza della tossè, impediscono la nutrizione dell'ammalato.

Egli prescrive quattro pasti al giorno, due principali e due piccoli. Un poco prima di essi, il malato prende un mezzo bicchiere di acqua alcalina con un pizzico di solfato di sodio, ciò che gli prepara lo stomaco.

Nessun liquido va preso durante il pasto: ciò è alquanto penoso in principio, ma poi il malato vi si abitua; esso deve mangiare lentamente e masticare bene. Soltanto un po' di tempo dopo il pasto può prendere una piccola quantità di infuso caldo (tè leggero, anice, camomilla, ecc.). La prima parte della digestione è compiuta in posizione supina: il malato deve osservare un riposo assoluto.

fil.

IGIENE.

La contagiosità dell'encefalite epidemica.

L'encefalite epidemica appartiene alla stessa famiglia della poliomielite ed obbedisce alle stesse leggi: al pari di questa, essa deve essere contagiosa, altrimenti non se ne comprenderebbe la diffusione epidemica. Tale contagiosità però è difficile a mettersi in evidenza, poichè i casi rimangono generalmente isolati in una famiglia od in una casa; essa è ormai dimostrata per la poliomielite e, specialmente in Svezia ha potuto esser messa in evidenza, per la violenza dell'epidemia. Si è rimasti finora in dubbio per l'encefalite, a proposito della quale A. Netter (*Académie de Médecine*, 27 aprile 1921) riporta alcune osservazioni, che egli ritiene concludenti. Trattasi di una famiglia di Parigi, in cui l'importazione di un caso (la malattia era stata contratta in provincia), è stata seguita dallo sviluppo dell'encefalite in altri due membri della stessa famiglia. L'A. riferisce inoltre altri esempi meno evidenti, per dimostrare i quali invoca particolarmente la presenza di forme fruste di encefalite, anche con determinazioni esclusivamente viscerali che possono venir confuse con altre malattie.

Ad ogni modo però la contagiosità dell'encefalite non è molto elevata: essa può paragonarsi a quella della meningite cerebro-spinale. In entrambe le malattie, non si ha diffusione del contagio, fino a che esso rimane chiuso nella cavità aracnoidea, ed avviene invece quando l'agente infettante ha attraversato le barriere, e può raggiungere il contenuto della cavità cerebro-spinale per la meningite, il naso, la bocca, la faringe per la poliomielite (Flexner) e l'encefalite (Strauss, Loeve e Hirschfeld).

Come poi si elimini l'agente infettante non è ancora dimostrato per la meningite e la poliomielite; per l'encefalite, invece, il Netter ammette che esso si fissi nelle cellule gangliari delle ghiandole salivari (nelle quali si trovano evidenti lesioni istologiche), donde può penetrare nella saliva ed essere eliminato. La via di accesso sarebbe invece stabilita dalle fosse nasali, donde arriverebbe nel seno sfenoidale, prossimo allo spazio perforato interpenduncolare e di qui al gran confluente sotto aracnoideo ed alla regione che sembra il focolaio di elezione. La fissazione nelle ghiandole salivari avrebbe altresì analogia con quanto avviene nella rabbia, in cui tali ghiandole sono piene di corpuscoli di Negri: un'altra analogia con la rabbia presenta l'encefalite ed è il lungo periodo di incubazione, che per quest'ultima è di parecchie settimane. Sullo sviluppo dell'infezione influiscono evidentemente molte cause, fra cui principalmente il potere protettivo del muco nasale, è la predisposizione dei soggetti nervosi. Anche in questa infezione non è da escludersi la presenza di portatori; il virus rimane a lungo nei centri nervosi, sicchè i convalescenti ed i guariti possono rimanere per lungo tempo infettanti.

Come conclusioni pratiche si può ritenere doveroso l'avvisare l'ambiente che circonda il malato della possibilità del contagio diretto od indiretto, *specialmente per mezzo della saliva;* nelle attuali condizioni però non si può pensare all'isolamento dei malati, difficile e di durata incerta, tanto più che, almeno apparentemente, la maggior parte dei casi restano senza filiazione.

FILIPPINI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1173) Dott. D. C., Messina:

A Roma non si tengono corsi di Igiene navale; si rivolga alla Università di Napoli.

fil.

(1174) Dott. G. P. V. — Abbonato 10824:

Il Falta (*Ghiandole sanguigne*) è edito dalla Società Editrice Libraria, Milano, Galleria V. E.; Roma, via Sediari; prezzo attuale L. 30 netto. — Per quanto riguarda le iniezioni ipodermiche può rivolgersi a qualsiasi buon negoziante di ferri chirurgici per il materiale (siringhe, aghi) ed a buoni stabilimenti farmaceutici per le fialette, di cui detti stabilimenti, hanno uno *stoch* già pronto; del resto ogni buona farmacia può prepararle secondo prescrizione medica.

fil.

(1175) Dott. A. M., Domodossola:

Circa le indicazioni bibliografiche sui trattati di radiologia, è stato ampiamente risposto nel n. 13 di quest'anno.

r. s.

(1176) All'abbonato 10979 consigliamo:

TANZI e LUGARO: *Malattie mentali.* Edit. Società Libraria Milanese.

BIANCHI: *Psichiatria.* Editore V. Pasquale, Napoli.

MORSELLI A.: *Manuale di Psichiatria.* Editore Idelson, Napoli.

OPPENHEIM: *Malattie nervose.* Edit. Società Libraria Milanese.

FERRIO-ALBUTT: *Malattie nervose.* Edit. Unione Tipografico-Editrice Torinese.

MADIA: *Medicina Legale.* Editore Detken, Napoli.

CEVIDALLI: *Medicina Legale.* Editore Società Libraria Milanese.

dr.

(1177) *Disinfezione delle acque per uso domestico.* — Al dott. V. L.:

I metodi chimici più semplici ed efficaci sono: il cloruro di calce, a dosi di 2 cg. per litro; il tricloruro di jodio, a dosi di 3-5 goccie per litro aggiungendo dopo 10 minuti 2-3 goccie di soluzione al 5 % di iposolfito e carbonato di sodio); la tintura di jodio, 4-5 gocce per litro: quest'ultima uccide in 5 minuti i germi comuni delle acque di pozzi in cattive condizioni igieniche, i bacilli del tifo, paratifo, colera, ecc. Il periodolo è pure molto attivo, ma è poco stabile e perde presto il suo potere germicida.

FILIPPINI.

(1178) All'abbonato 3268, dott. A. D. M., consigliamo:

BASSET IONES e LLEWELLYN: *Malingering or the Simulation of disease.* Editore Heinemann, Londra.

CHAVIGNY: *Diagnostic des maladies simulées.* Editore Baillière, Parigi.

dr.

(1179) All'abbonato 515:

Recentemente non sono stati pubblicati trattati completi di malattie nervose. Buoni libri di tale materia rimangono sempre l'Oppenheim, edito dalla Società Libraria Milanese, ed il Ferrio-Albutt, edito dalla Unione Tipografico-Editrice Torinese.

dr.

CENNI BIBLIOGRAFICI

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

D. L. GALLAVARDIN: *La tension artérielle en clinique. Sa mesure, sa valeur séméiologique.* II[e] édition. — Masson e C., Paris, 1920. — Prix. 30 fr.

L'importanza sempre maggiore che va acquistando in medicina lo studio della fisiopatologia della circolazione e i progressi realizzati in questi ultimi anni dalla tecnica figmomanometrica hanno indotto l'autore a pubblicare questa seconda edizione della sua opera allo scopo di dare al medico pratico la possibilità di mettersi senza difficoltà al corrente delle questioni che si riferiscono all'interessante argomento. E possiamo dire ch'egli è riuscito nel suo intento.

L'opera è divisa in due parti. La prima riguarda la tecnica sfigmomanometrica. I vari apparecchi vi sono accuratamente descritti e i vantaggi e le manchevolezze che presentano i singoli procedimenti proposti nei vari tempi per la misura esatta della pressione arteriosa vi sono esposti con senso di praticità e con spirito critico.

La seconda tratta della sfigmomanometria in rapporto alla clinica. Dopo un breve cenno delle modificazioni che la pressione arteriosa può presentare in condizioni fisiologiche, l'autore si occupa diffusamente di quella che essa può presentare nei diversi stati morbosi.

Le alterazioni generali e regionali della pressione, gli stati ipertensivi e ipotensivi e i quadri clinici che stanno con essi in relazione diretta sono studiati minutamente e in modo completo.

Nè manca un capitolo sull'influenza che i mezzi terapeutici possano esercitare sulla pressione del sangue.

L'Autore, se fosse stato in qualche parte più conciso, avrebbe forse conferito maggiore efficacia al suo libro, il quale, ad ogni modo, arricchisce la letteratura di un'opera pregevolissima raccomandabile a chiunque s'interessi dei problemi relativi alla patologia e alla clinica della circolazione.

M.

KOLLE W. ed HETSCH H.: *Die experimentelle Bakteriologie und die Infektionskrankheiten*. Vol II, in-8 di pag. 696 (complessivamente 1357), con figure e tavole colorate. — Urban e Schwarzenberg, editori, Vienna. — Prezzo Marchi 30 (più l'aumento ora in uso).

Abbiamo già parlato della nuova edizione (la quinta) di quest'opera di Kolle ed Hetsch, a proposito del I volume. Con questa seconda parte essa viene completata. Vi sono trattati fra l'altro la difterite, tubercolosi, le malattie da protozoi, i virus filtrabili, le spirochetosi, ecc.

L'eccellente trattato è un prezioso aiuto per quanti si occupano di batteriologia, di igiene, di malattie infettive.

fil.

Prof. E. AUFRECHT: *Die Lungenentzündungen*. Zweite Auflage. — Alfred Hölder, Wien, 1919. — Prezzo Marchi 28.

È uno studio accurato delle malattie infiammatorie del polmone: fra esse però sono comprese affezioni (cancro, embolia, infarto) che, almeno allo stato attuale delle nostre conoscenze, non possono essere considerate come processi flogistici in senso stretto.

L'autore si è preccupato di classificare le varie forme di polmoniti, non tanto in base a criterî etiologici e clinici. Ha diviso così l'opera in due parti: nella prima sono trattate le malattie, sia recenti che croniche diffuse, interessanti la maggior parte dell'organo; nella seconda, son trattate invece le affezioni circoscritte a singoli focolai (embolia, infarto, ascesso, ecc.). Della tubercolosi non è fatta parola perchè l'autore si è largamente e diffusamente occupato di tale forma morbosa in un'opera separata.

M.

A. AMATI: *Emoglobinuria*. — Napoli, Tipografia Borrelli, 1919.

Al capitolo delle emoglobinurie eminenti clinici e ricercatori italiani hanno legato il loro nome. Sulle emoglobinurie essenziali e sulle emoglobinurie sintomatiche, però non pochi problemi ancora si dibattono, specialmente a proposito della patogenesi. L'A. nel libro affronta in una larga rivista critica, tutti i problemi legati alla patogenesi dell'emoglobinuria, specialmente essenziale.

Una parte che è chiamata *teorica* si occupa della tecnica delle ricerche nelle urine degli emoglobinurici, della clinica, della fisiopatologia, dell'etiologia e patogenesi della diagnosi e cura — seguono un'*appendice* (Ematoporfinuria ed Ematinuria) e una parte *sperimentale* dedicata alle emolisi urinarie.

Chiude l'accurato volume una ricca bibliografia sull'argomento.

t. p.

JADIN P. e ASTRUC A.: *Précis d'hydrologie, de géologie et de minéralogie*. Un vol. in-16 di 534 pagine con figure ed una carta. — A. Maloine et Fils, editori, Parigi. — Prezzo 14 frs.

Dopo un breve compendio di nozioni geologiche gli AA. entrano nell'argomento, dando i caratteri ed i metodi analitici delle acque potabili e minerali, per queste si occupano anche dei principali metodi di raccolta. Alla parte geo-idrologica è dato troppo scarso sviluppo. Segue l'elenco ragionato delle acque minerali francesi e delle principali che si trovano in altri paesi. Le scarse indicazioni per l'Italia sono inquinate dai soliti errori che deliziano generalmente le citazioni italiane nei libri francesi. Così *Chanciano* (!) rimane per gli AA. fra Empoli e Siena, Abano diventa *Albano*, *Romagna* è una località vicina a Forlì, ecc.

Nell'ultima parte gli AA. espongono i principî generali di mineralogia e cristallografia descrivendo poi le diverse specie minerali. Questa mescolanza poco omogenea è scusata dal perchè il libro vuol rispondere ai programmi universitari delle scuole di farmacia.

fil.

VARIA

I vantaggi e gli svantaggi della posizione eretta.

La parola «*eretta*» dà l'idea di qualche cosa di nobile, di ammirevole, di bello. *Eretto* viene dal latino *regere*, dal cui radicale hanno preso origine le parole *regale, regente, regno* che implicano il concetto di sovranità, ed altre parole come *rettitudine, corretto, diretto*, che denotano attributi propri della sovranità. Non è quindi dubbio che la posizione eretta ha contribuito in gran parte alla superiorità dell'uomo su gli altri mammiferi; la sua regalità si sarebbe difficilmente affermata se l'uomo fosse rimasto un quadrupede.

È probabile, ritiene L. William (*Practitioner*, 1919), che circa tre milioni di anni fa i primati ortogradi abbandonarono le loro abitudini esclusivamente frugivore per diventare cacciatori di piccoli animali. Allora ebbero bisogno di mani per acciuffare e portare la preda, e così le estremità anteriori gradatamente non furono più adoperate per la locomozione. Si ebbero così notevoli vantaggi, ma insieme svantaggi che si accentuarono sempre più col progresso del tempo.

Fino a quando il tronco fu tenuto orizzontalmente gli organi interni del primate poggiarono su di un sostegno molto robusto. Il peso del cuore e dei polmoni era sostenuto dalle ossa toraciche; ed i più pesanti tra gli organi addominali, il fegato, la milza, i reni e lo stomaco avevano un solido pavimento nelle ultime costole. L'utero e le ovaie poggiavano sulle ossa pelviche, mentre gli intestini facilmente spostabili erano tenuti a posto dalla parete anteriore dell'addome. Con la posizione eretta questo sistema di appoggio e di contensione si alterò: gli organi invece di poggiare, penzolarono. Per gli organi toracici il danno è notevole. Ma il pavimento diaframmatico con il suo ritmo costante di sollevamento e di abbassamento oppone un formidabile ostacolo alla ptosi ed al prolasso.

Gli organi addominali invece sono privati dei loro sostegni, essi pendono e sono continuamente spinti in giù oltre che dalla forza di gravità, anche dalle ritmiche contrazioni del diaframma. A queste azioni si oppone la resistenza dei tessuti di sostegno, ma purtroppo talvolta esse prevalgono determinando spostamenti organici con i ben noti effetti sullo stato generale di salute.

Tuttavia l'organo che pare più colpito dagli effetti dannosi della posizione eretta è il grosso intestino. Originariamente esso era probabilmente un deposito di feci, nello stesso modo che la vescica è un deposito di urina. Può avere avuto per lo passato altre funzioni, che esso compiva adeguatamente, senza disturbi di sorta fino a quando il tronco aveva la posizione orizzontale.

Ma con la posizione eretta esso diventa da organo innocente e forse utile uno dei più pericolosi nemici dell'uomo. Da condotto orizzontale per tutta la sua lunghezza, il grosso intestino si trasforma in un tubo disposto a mo' di festone con la parte trasversa facente pressione sui visceri sottoposti e sospesa con due angoli acuti. Divenne così un pozzo nero ambulante, stagnante, intossicante.

D'altra parte due importanti organi, quali la tiroide e i genitali maschili, perdettero con la posizione eretta quella protezione che essi hanno negli altri mammiferi.

Ma di fronte a questi innegabili svantaggi si hanno vantaggi non meno effettivi. Nella posizione orizzontale la circolazione di ritorno è lenta ed è sostenuta unicamente dall'aspirazione determinata dell'inspirazione, nella posizione eretta invece il sangue scende giù dalle vene del cranio e dal suo contenuto anche per forza di gravità. Da ciò una migliore circolazione, una migliore nutrizione e quindi un più facile sviluppo dell'encefalo. È probabile che devesi anche alla posizione eretta lo sviluppo dell'organo vocale, che è più perfezionato nei bipedi in generale e nell'uomo in particolare. Talmey attribuisce alla posizione eretta lo sviluppo del senso estetico nell'uomo. Nei quadrupedi il desiderio sessuale è eccitato da sensazioni olfattive, che sono possibili in quanto che la mucosa nasale del maschio può facilmente avvicinarsi alla vulva della femmina. Nella posizione eretta invece non solo la vulva è nascosta fra le cosce, ma i rapporti tra questa ed il naso del maschio non sono più così diretti. E così il desiderio invece che da sensazioni olfattorie è suscitato da sensazioni visive, la femmina non attrae più con i suoi odori, ma con la sua bellezza, da ciò lo sviluppo del senso estetico.

dr.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Condizioni di prestazioni d'opere sanitarie con enti pubblici e privati.

L'Assemblea generale straordinaria del 13 giugno corrente, udita la relazione della Commissione nominata dal Consiglio dell'Ordine per lo studio della proposta del dott. Arcangelo Creazzo riguardante le modalità dei contratti per servizi sanitari colle private e pubbliche amministrazioni, Commissione che era composta dei professori Giuseppe Poggi ed Aristide Busi e dei dottori Arcangelo Creazzo, Ernesto Mattioli e Carlo Veronesi, approvò all'unanimità, meno due voti, il seguente ordine del giorno:

«L'Assemblea generale straordinaria dell'Ordine dei Medici di Bologna, tenutasi il 13 giugno 1920, delibera:

che ogni inscritto che intende di assumere un servizio sanitario presso Aziende private (case di cura, associazioni di pubblica assistenza, stabilimenti industriali, comunità, ecc.) sia tenuto a sottoporre le condizioni propostegli al Consiglio dell'Ordine il quale giudicherà se siano o no decorose e redatte in tale forma contrattuale da garantire i diritti del medico contraente;

che siano tenuti quelli degli inscritti che abbiano tali contratti in corso a sottoporli al Consiglio dell'Ordine entro due mesi dalla notifica della presente deliberazione, per la loro revisione secondo i concetti suesposti;

che nei concorsi indetti dalle pubbliche Amministrazioni, il Consiglio, esaminate le condizioni del concorso, nel caso che non le giudicasse decorose, dopo esaurite inutilmente le pratiche perchè le condizioni stesse siano modificate, previo accordo colle organizzazioni di categoria, renda pubblica la sua diffida affinchè nessuno degli inscritti debba adire al concorso;

che per gli incarichi presso pubbliche Amministrazioni i medici debbano prima di accettare l'impegno sottoporre le condizioni al Consiglio dell'Ordine e per gli impegni che attualmente abbiano in corso debbano denunziarli al Consiglio stesso entro due mesi dalla notifica della presente deliberazione, per la loro revisione;

che per gli interinati l'Ordine invigili perchè siano rispettate le condizioni poste dall'associazione di categoria, invita:

il Consiglio a fare propaganda perchè tale concetto sia accolto da tutti gli Ordini del Regno, e propone:

che dell'approvazione del presente ordine del giorno sia data pubblicità per conoscenza dei medici inscritti nell'Albo dell'Ordine della Provincia di Bologna e a norma delle aziende private e delle Amministrazioni pubbliche interessate».

In seguito a tale deliberazione, il Consiglio dell'Ordine invita i colleghi ad attenersi scrupolosamente a quanto è stabilito nell'ordine del giorno approvato dall'Assemblea, avvertendoli che in caso contrario saranno tenute come inadempienti alle norme deontologiche e passibili di provvedimenti disciplinari.

In base a questo ordine del giorno sono invitati i colleghi, nel termine di due mesi dal giorno di questa comunicazione, di far conoscere alla Presidenza dell'Ordine le condizioni contrattuali delle loro prestazioni sanitarie con Enti pubblici o privati.

Il Presidente
LUIGI SILVAGNI.

Ordine dei Sanitari. Rappresentanza dei Consigli provinciali di sanità.

La Direzione generale della sanità pubblica ha diramato ai Prefetti la seguente circolare:

In conformità della interpretazione data all'articolo 7 della legge 10 luglio 1910, n. 455, ed agli art. 27 e 41 del regolamento approvato con R. decreto 11 settembre 1913, n. 1195, si è riconosciuta sinora a due, fra le attribuzioni dei presidenti degli ordini provinciali dei sanitari, un carattere assolutamente personale, che ne escludeva l'esercizio da parte di persona diversa da quella del Presidente; alla elezione cioè, del rappresentante nel Consiglio superiore di sanità, e alla partecipazione ai lavori del Consiglio provinciale di Sanità, in rappresentanza dell'Ordine.

Il rigore di questa interpretazione ha dato qualchè inconveniente nei riguardi di questa ultima attribuzione; essendosi essa tramutata, talora, in una ragione di impossibilità per la diligente partecipazione dei rappresentanti degli Ordini a quel Consesso, sempre in una ragione di difficoltà che gli Ordini dei sanitari hanno chiesto insistentemente venisse rimossa.

Ad eliminare tali inconvenienti è intervenuto il R. decreto 22 aprile 1920, n. 784, pubblicato nella *Gazzetta ufficiale* n. 146 del 22 giugno 1920, con il quale si dà facoltà ai Presidenti degli Ordini provinciali dei sanitari di designare il diverso componente del Consiglio amministrativo da essi presieduto che li debba sostituire nella rappresentanza del proprio Ordine nel Consiglio provinciale di sanità, conciliando, così, le esigenze degli Ordini con quelle attinenti alla certezza di designazione della persona che, in via ordinaria, o per supplenza, partecipi al Consiglio; esigenze, queste, che discendono dalla delicatezza delle attribuzioni, alcune delle quali aventi carattere giurisdizionale, del Consiglio provinciale di sanità.

Sulle disposizioni contenute nel cennato R. D. a modifica del terzo comma dell'art. 27 del regolamento 12 agosto 1911, n. 1022, ritengo opportuno chiamare la particolare attenzione delle SS. LL.

Pel Ministro: LUTRARIO.

ATTI PARLAMENTARI.

Disegno di legge che aumenta il contributo obbligatorio per il Collegio degli orfani dei sanitari in Perugia.

La Commissione presieduta dall'on. Dore, aveva proposto il seguente articolo unico:

È convertito in legge il decreto Luogotenenziale 27 ottobre 1918, n. 1725, riguardante aumento del contributo obbligatorio a favore del Collegio-convitto per gli orfani dei sanitari italiani in Perugia, *introducendo nell'articolo unico del decreto predetto le seguenti modificazioni*: *alle parole* «da lire sei a lire dieci annue», *sostituire*: «da lire sei a lire ventiquattro annue» *e aggiungere questo comma*: «Il Governo, a partire dall'esercizio finanziario in corso, contribuirà con un sussidio annuo di lire ventimila».

Il disegno di legge è stato approvato dalla Camera nella sua seduta antimeridiana del 6 agosto 1920 e sarà portata alla definitiva approvazione del Senato nella sua prossima Sessione (2ª quindicina del corrente mese).

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8410) *Istituto di cura medico-chirurgica.* — Dott. G. P. da M. — Per aprire un istituto di cura medico-chirurgica occorre l'autorizzazione del Prefetto, sentito il Medico provinciale ed il parere del Consiglio provinciale di Sanità. I contravventori sono puniti con pena pecuniaria estensibile a lire 500.

(8411) *Cavalcatura - Certificati necroscopici.* — Dott. V. B. da L. S. per M. — Dal momento che il nuovo capitolato accettato stabilisce il compenso per la cavalcatura, non se ne può disconoscere l'obbligo o sostituire qualche altro mezzo meccanico al cavallo mancante. L'abolizione del compenso per il servizio necroscopico, che è municipale e non privato, colpisce tutti i medici condotti ancorchè stabili.

(8412) *Esumazione cadaveri.* — Dott. N. G. da S. — Per l'assistenza prestata alla esumazione del cadavere non compete alcuna indennità all'ufficiale sanitario, rientrando essa nel novero delle sue normali funzioni.

(8413) *Elenchi di poveri.* — Dott. G. F. C. da C. P. — A tutti quelli cui è concessa la cura gratuita è del pari concessa la somministrazione gratuita dei medicinali. I Comuni non possono fare, quindi, due elenchi diversi, comprendendo in uno coloro che han diritto alla assistenza sanitaria ed alla somministrazione dei medicinali e nell'altro quelli che han solo diritto alla cura gratuita. La duplicità del ruolo è illegale e può ben essere annullato dalla autorità tutoria, cui Ella, che per tal fatto vien leso nei suoi interessi di medico condotto a cura residenziale, può ricorrere. Sarebbe bene, eziandio, onde promuovere una norma sicura ed identica anche per altri Comuni, che del fatto fosse reso edotto il Consiglio dell'Ordine dei Medici della Provincia.

(8414) *Bagni di luce e di acqua.* — Dott. A. M. da D. — I bagni indicati nel quesito ricadono fra gli stabilimenti indicati nella lettera *c* dell'articolo 14 del regolamento 14 settembre 1919, n. 1924. Per ottenere l'autorizzazione all'apertura di tali bagni occorre ottenere l'autorizzazione prefettizia, che deve essere richiesta con apposita domanda, redatta e documentata ai sensi degli articoli 15 e segg. citato regolamento.

(8415) *Indennità caro-viveri.* — Dott. G. S. da P. — Dal momento che il Comune Le ha concessa la indennità caro-viveri con decorrenza dal 1° agosto corr., vuol dire che ha riconosciuto il suo buon diritto di ottenere tale concessione. Se è così non vi ha ragione per non riportarla al giorno in cui ha effettivamente assunto servizio. Ne faccia oggetto di istanza al Commissario Prefettizio. Qualora nulla ottenga può ben adire l'autorità giudiziaria.

(8416) *Somministrazione di medicamenti gratuiti.* — Dott. C. B. da M. — Ai medici liberi esercenti, a qualunque Comune appartengano, compete l'ordinazione di medicamenti gratuiti solo nei casi di urgenza e sotto la loro personale responsabilità, ai sensi dell'art. 69 del vigente regolamento generale sanitario.

(8417) *Sorveglianza sulle farmacie.* — Dott. G. A. da C. — L'ufficiale sanitario sorveglia il regolare procedere delle aziende farmaceutiche in virtù della funzione generica a lui affidata dall'articolo 21, capov. 2°, del T. U. delle leggi sanitarie.

(8418) *Indennità caro-viveri.* — Dott. N. C. da S. di G. — Ci sembra insostenibile la ragione addotta dal Comune per negarle la indennità caro-viveri dal giugno del 1919, dal momento che il D. L. del 9 marzo 1919, n. 338, accorda tale indennità a tutti i medici condotti che coprano posti previsti nella pianta organica debitamente approvata e privi di titolare dal 1° gennaio 1919.

(8419) *Esumazione cadaveri - Abitazione - Cura malarica.* — Dott. E. L. da M. — Per l'assistenza prestata alla esumazione del cadavere non compete alcuna indennità, rientrando essa nel novero delle normali funzioni dell'Ufficiale sanitario. Non essendo il Comune obbligato a fornirle l'alloggio in natura, non può chiedergli si l'indennità d'alloggio per essere Ella obbligata a stare in albergo. Crediamo anche noi che pei malarici, non compresi nell'elenco dei poveri, spetti speciale compenso. Lo chieda al Comune che, per tal verso, potrebbe aspirare alla concessione di congruo sussidio dallo Stato per l'intensificazione che farebbe nella lotta contro la malaria.

(8420) *Classificazione dei concorrenti a pubblici concorsi.* — Dott. S. V. da R. E. — La Commissione giudicatrice non può *a priori* assegnare alcun punto ai concorrenti. La classifica dei concorrenti deve essere fatta in seguito all'esame dei titoli ed in base alla punteggiatura che ognuno merita. Se si è diversamente proceduto, gli atti sono annullabili con ricorso alla IV Sezione del Consiglio di Stato.

(8421) *Ufficiale sanitario.* — Dott. M. M. da V. — Ottenendo la nomina a medico condotto dovrebbe rinunziare alla carica di ufficiale sanitario, essendo fra loro incompatibili. Ciò sempre quando vi sia nel Comune qualche libero esercente, che si proponga sostenere il concorso per la nomina ad ufficiale sanitario.

Servizio medico-militare. — Al dott. C. M., Vo Euganeo:

No: non spetta nessuna indennità, oltre quella di mobilitazione percepita come ufficiale in S.A.P.

All'abbonato 9262:

Per la quistione amministrativa che prospetta, ritengo abbia ragione l'Ospedale.

La nomina ad ufficiale medico avverrà con anzianità pari alla data in cui fu conseguita la laurea e pertanto suo figlio sarà ricollocato in congedo colla propria classe, avendo già compiuto i tre mesi di servizio di prima nomina, prescritti.

All'abbonato 353:

Ella puo consultare la Circolare 113 del Giornale Militare 1919, Dispensa 14ª, in cui sono raccolte le norme che stabiliscono le indennità di congedamento, smobilitazione e vestiario per gli ufficiali ed assimilati che hanno prestato servizio durante la guerra.

Al dott. G. M. Abbonato 11734:

La R. Marina recluta gli ufficiali medici per concorso. Non occorre quindi per la nomina nessun corso speciale. Il trattamento economico è simile a quello degli Ufficiali medici dell'Esercito.

Al dott. M. R., Siena:

Non le compete nessuna indennità.

CONDOTTE E CONCORSI.

CORTIGLIANO (*Vicenza*). — Popolazione 2500 abitanti. Stipendio L. 5000 per i primi 1000 poveri, L. 200 per ogni 100 poveri oltre il migliaio, L. 400 per Uff. San., L. 600 per mezzo di trasporto non obbligatorio, L. 1200 per caro-viveri. Aumenti triennali fino a dieci. Scadenza 15 settembre.

S. STINO DI LIVENZA (*Venezia*). — Il concorso ai posti di medico della 1ª (L. 7000) e della 2ª condotta (L. 9000 ed alloggio) è prorogato al 10 settembre.

VIADANA (*Mantova*). — Assistenza del Civico Ospedale, per i servizi interni e per l'Ambulatorio; richiedesi pratica di radiologia. Stipendio lire 4000 lorde, compresa indennità caro-viveri; alloggio personale nell'Ospedale; 15 % sulle tariffe operatorie degli abbienti e diritti di gabinetto. Scadenza 31 agosto.

VILLALVERNIA (*Alessandria*). — Comune in piano con 1307 abitanti, di cui circa il 3 % poveri. Condotta residenziale; si esige certificato d'iscrizione nell'Albo di un Ordine dei medici. Stipendio lire 4000, più 500 per Uff. San., L. 500 per indennità mezzo trasporto, 1200 per caro-viveri. Scad. 20 settembre.

DIFFIDE.

La Sezione di Novara dell'A. N. M. C. comunica che è diffidato il Consorzio Sanitario *Pella-Artò-Boletto* (Novara), perchè a cura piena e senza indennità di mezzi di trasporto indispensabili.

NOTIZIE DIVERSE.

Onoranze al prof. Bajardi.

A Torino, nell'aula dell'Istituto di Clinica e Patologia chirurgica, il 19 giugno u. s. ebbero luogo le onoranze tributate all'ill.mo prof. Daniele Bajardi dai colleghi, dagli assistenti, dagli allievi e da numerosi amici ed ammiratori, in occasione del suo congedo dall'insegnamento universitario per limiti d'età.

Il prof. Camera, aiuto dell'onorato, ha portato il saluto commosso di addio degli assistenti ed allievi ed ha proceduto allo scoprimento di una targa con medaglione in bronzo raffigurante il maestro.

Ricevendo in consegna la lapide memorativa, il prof. Vidari, rettore dell'Università, ha portato il saluto del Corpo accademico torinese.

Parlarono in seguito delle doti e dei meriti del festeggiato il prof. sen. Carle, il prof. sen. Pio Foà, il prof. Morpurgo che ricordò la grande stima che del prof. Bajardi aveva il comune compianto maestro prof. Bizozzero.

In ultimo parlò a nome degli antichi assistenti ed allievi, della Direzione e del personale sanitario dell'Ospedale S. Giovanni, il primario professor Bobbio.

A tutti rispose commosso il festeggiato ricordando le tappe della sua nobile carriera ed esprimendo il suo solo rincrescimento: quello di dover abbandonare l'educazione dei giovani alla quale egli con infinito amore si era sempre dedicato.

I nuovi provvedimenti per mutilati e invalidi di guerra

Il Decreto pubblicato dalla *Gazzetta Ufficiale*, che stabilisce i provvedimenti in favore dei mutilati e invalidi di guerra, (di cui vi ho precedentemente fatto cenno) stabilisce in aggiunta alle pensioni ed agli assegni un aumento di L. 1800 nei casi seguenti:

Perdita totale delle due mani o di dieci o nove dita, in esse compresi i pollici; cecità assoluta o riduzione dell'acutezza visiva; alterazione delle facoltà mentali o lesione del sistema nervoso centrale, che apportino profondi perturbamenti alla vita organica e sociale; i tubercolosi o altre infermità gravi al punto da determinare una assoluta incapacità a qualsiasi attività fisica. In base allo stesso decreto la concessione della polizza gratuita di assicurazione è estesa a tutti i combattenti che abbiano partecipato ad azioni di guerra dal 24 maggio al 31 dicembre 1917 nei modi e termini che saranno fissati da apposito Decreto reale.

Per far fronte alle spese derivanti dai provvedimenti sopra accennati è costituito uno speciale contributo, che verrà applicato sotto forma di addizionale in ragione di cinque centesimi per ogni lira, con effetto dal 1° gennaio 1921 sulle imposte dirette gravanti i beni rustici, i fabbricati e i redditi di ricchezza mobile; e con effetto dal 1° luglio 1920 sulle tasse sugli affari di amministrazione del Ministero delle Finanze, escluse quelle di bollo di importo inferiore a lire una.

Corso teorico-pratico di idrologia.

Verrà tenuto in Salsomaggiore dal 18 settembre al 3 ottobre.

Le lezioni teoriche verranno tenute al mattino; nel pomeriggio assistenza pratica di tecnica balneare negli stabilimenti.

Alla fine del corso sono progettate visite alle stazioni termali di Salice, Acqui, St-Vincent o S. Pellegrino, Sirmione.

Agli iscritti che avranno frequentato regolarmente il corso verrà rilasciato apposito certificato.

Le iscrizioni sono limitate a 30: agli iscritti sarà applicato uno speciale prezzo di pensione.

Tassa di iscrizione lire *cento*. Termine utile per la iscrizione il giorno 10 settembre.

Per iscrizioni, chiarimenti e programmi, scrivere al prof. G. F. Gardenghi, Ufficio d'Igiene - Salsomaggiore.

Gli aspiranti medici congedati.

Con determinazione in corso viene disposto l'immediato congedamento di tutti gli aspiranti medici ancora *non laureati*, a qualunque classe od anno di studio appartengano.

Tassa di soggiorno aumentata.

La tassa di soggiorno nelle Stazioni idroterapiche, climatiche e balnearie, già stabilita con legge 12 dicembre 1910 in lire 10, è stata elevata a lire 30, fermo restando tutte le altre disposizioni contenute nella legge. I Comuni, sede di queste Stazioni, hanno la facoltà di imporre questa tassa a tutti quanti prendono temporaneamente dimora nella Stazione relativa.

Congresso interalleato di fisiologia.

Il giorno 17 c. m. si è inaugurato a Parigi, alla Sorbona, il Congresso interalleato di Fisiologia, al quale hanno partecipato numerosi scienziati di ogni Nazione.

Degli italiani sono intervenuti il sen. Fano, i professori Herlitska, Foà, Lumbroso, Lomonaco, Sammartino, Busacca, Morpurgo ed altri. Il professore Richet, presidente del Congresso, ha tenuto il discorso inaugurale, dando il benvenuto in nome suo ed in nome della facoltà di scienze della Sorbona a tutti i presenti. Ha ricordato con commosse parole la memoria di Luigi Luciani, maestro sommo e fulgida gloria italiana.

Nuovi Istituti scientifici in Germania.

L'Università di Heidelberg ha ricevuto mezzo milione di marchi dal signor F. Behringer, di Bielenfeld, per l'erezione di un «Istituto per lo studio della costituzione chimica delle albumine». Nell'attesa che esso venga costruito, le ricerche verranno intraprese presso l'Istituto fisiologico diretto dal Kossel.

È stato inaugurato a Giessen un museo che porta il nome di Liebig. Tenne il discorso inaugurale il prof. Bircher sul tema «L'influenza dell'opera di Liebig in medicina».

A Jena verrà eretta la «Casa di Haeckel», in memoria del grande naturalista, per continuarne gli studi nel campo della dottrina dell'evoluzione.

Rilevante progresso dell'alcoolismo in Inghilterra.

Un «libro azzurro» pubblicato dal governo inglese rileva un notevole aumento di casi di ubriachezza in confronto degli anni della guerra. La media del 1919 è quasi il doppio di quella del 1918. Tuttavia essa non raggiunge ancora la media degli anni avanti la guerra. Ciò va attribuito alle eccezionali misure di restrizione che sono state applicate nel 1914 nei riguardi dello spaccio di liquori e di bevande alcooliche in genere, misure che permangono ancora in vigore.

NECROLOGIO.

È morto a Louveciennes (Francia), a 89 anni **FELICE GUYON**, che è stato per lungo tempo incontestato Maestro nella chirurgia delle vie urinarie. Diede impronta personale ad operazioni, nuove ai suoi tempi, per i tumori della vescica, l'incisione degli ascessi della prostata, la nefrectomia, la nefropessia; a lui si deve la tecnica per le operazioni renali, mediante l'incisione curvilinea. Fu a capo della clinica urologica Necker, che trasformò completamente in un servizio modello, rispondente alle esigenze dei tempi moderni. In collaborazione col Dott. Bazy, pubblicò un atlante delle vie urinarie.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1920 - Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, *ed. resp.*

Anno XXVII Roma, 6 Settembre 1920 Fasc. 36.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

CLINICA DELLE MALATTIE PROFESSIONALI
DEI RR. ISTITUTI CLINICI DI MILANO.
Direttore prof. LUIGI DEVOTO.

La reazione di Sachs e Georgi per la diagnosi della sifilide (1)

per il dott. PINO PINCHERLE, assistente.

La reazione di Sachs e Georgi per la diagnosi della sifilide già da un anno forma oggetto di osservazione e di controllo da parte dei maggiori laboratori di sierologia della Germania. Non mi consta che ciò sia già stato fatto in Italia, sebbene non possa meravigliare il maggior interessamento portato dai tedeschi a questo nuovo metodo di indagine sierologica, quando si tenga conto dei motivi di indole pratica che diedero impulso allo studio di questa nuova reazione.

La guerra, o meglio ancora le difficili condizioni di vita procurate dallo stato di guerra, specialmente negli imperi centrali, ebbero profonda ripercussione anche negli ambienti di studio e per quel che ci interessa particolarmente, negli Istituti di batteriologia, nei quali il materiale animale cominciò ben presto a scarseggiare ed a diventare di giorno in gior-

(1) Comunicazione fatta alla Società Lombarda di scienze mediche e biologiche nella seduta 12 marzo 1920.

no più difficile il mantenimento di quello esistente.

D'altra parte è noto che le condizioni di guerra determinarono un notevole aumento delle infezioni luetiche, che in tal modo venivano a trovarsi in rapporto inverso con la possibilità di eseguire la classica reazione di Bordet - Wassermann. Furono specialmente queste peculiari condizioni, quelle che spinsero Sachs e Georgi alla ricerca di un nuovo metodo di diagnosi della sifilide che fosse meno dipendente dal materiale animale.

Dei tre classici procedimenti di sierodiagnostica applicata alla Clinica di cui oggi disponiamo, e cioè l'agglutinazione, la precipitazione e la deviazione del complemento, Sachs e Georgi ritentarono il secondo, dico ritentarono, perchè i loro studi non rappresentavano una novità.

Difatti già nel 1908 Michaelis otteneva coi soliti antigeni per la reazione di Wassermann diluiti con acqua, precipitazione a contatto con sieri sifilitici. Il fenomeno però si verificava soltanto con sieri provvisti di forte attività, tanto che lo stesso autore riconosceva lo scarso valore pratico della nuova reazione. A Michaelis seguì Klausner col così detto « Metodo dell'acqua distillata », che non ebbe sorti più felici di quelle del metodo predecessore. Nello stesso anno Porges e Meyer, allievi di Wassermann, dopo aver dimostrato la natura lipoide degli antigeni comunemente in uso per la reazione di Bordet-Wassermann e dopo aver ottenuto risultati degni di nota sostituendo all'estratto di fegato sifilitico una sospensione di leticina, trovarono un nuovo metodo di diagnosi basato sul fenomeno di precipitazione dei sieri sifilitici in contatto con lipoidi puri. Hermann e Perutz modificarono più tardi questa reazione ed aggiungendo al siero sifilitico, oltre l'acqua distillata e glicocolato sodico, la colesterina, rendevano la reazione più evidente per formazione di fiocchi più visibili e più resistenti in confronto di quelli, che si ottengono col metodo di Porges e Meyer.

Giorgi, che nella Clinica dermosifilopatica di Torino, esperimentò il metodo di Hermann e Perutz, riscontrò corrispondenza della nuova reazione con quella classica di Wassermann nel primo stadio della sifilide, non così nel secondo e terzo, nei quali otteneva una percentuale di risultati positivi molto inferiore, tanto che complessivamente solo sul 66 % dei sieri sperimentati ebbe corrispondenza assoluta.

Queste ricerche di una precipito-reazione per la diagnosi della sifilide furono del tutto abbandonate per alcuni anni, poichè dimostratesi tutte di molto inferiori alla reazione di Wassermann, di cui ogni giorno più si riconosceva l'alto valore specifico, dimostrandosi il metodo veramente sovrano per la sierodiagnosi della lue.

Fu soltanto nel 1917 che Bruch riprese le ricerche sulla precipito-reazione di sieri luetici e propose una sua prima reazione coll'acido nitrico, che però diede risultati così dubbi da essere tosto abbandonata.

L'autore cercò di modificare la sua reazione e propose dapprima una nuova reazione a base di diluzione d'alcool ed in seguito una seconda basata sull'acido lattico. Quest'ultima sembrò dare dei risultati migliori, però alcuni sperimentatori ottennero di frequente risultati positivi anche con sieri sicuramente non luetici ed in modo speciale con sieri di tubercolosi.

Comunque, essendo troppo in dipendenza dalla varia concentrazione delle diluzioni acide, anche questi nuovi metodi così detti serochimici furono abbandonati.

Nell'anno seguente (1918), Meinicke riprese lo studio dell'argomento e basandosi sullo stesso principio del metodo di Klausner, riuscì ad ottenere una reazione, che per i suoi buoni risultati incontrò molto favore.

È assai probabile che Sachs abbia trovato in questo metodo almeno l'incoraggiamento alla ripresa dei suoi studi sull'argomento datanti essi pure dal 1908. A solo pochi mesi difatti dalla comunicazione di Meinicke, Sachs rendeva nota sulla *Medizinische Klinik* di Berlino, in collaborazione a Georgi la sua nuova reazione.

Per questa reazione occorre porre la massima cura nella preparazione dell'estratto alcoolico di cuore di bue, che si effettua nel modo seguente: a 100 ccm. di estratto alcoolico di cuore di bue preparato nella proporzione di 1:5, si aggiungano 200 ccm. di alcool a 96° e 13.5 ccm. di soluzione alcoolica di colesterina all'1 %. Con questo estratto si prepara di volta in volta l'antigene nel seguente modo. (Esempio): A 2 ccm. di estratto preparato nel modo suesposto, s'aggiungono 2 ccm. di soluzione fisiologica NaCl sterile a 0.85 %; si scuote leggermente e poi si aggiunge ancora tanta soluzione fisiologica clorosodica in modo da ottenere una diluzione 1:6. Il siero sifilitico, ricavato, conservato ed inattivato come per la reazione di Bordet-Wassermann viene diluito 10 volte con soluzione fisiologica clorosodica a 0.85 %.

In una prima provetta a 1/2 ccm. dell'antigene preparato dunque in diluzione di 1:6, si aggiunge 1 ccm. della diluzione di siero. In

una provetta di controllo a 1 ccm. della diluzione di siero si aggiunge invece, 1/2 ccm. di alcool a 96° diluito pure 6 volte. In una terza provetta pure di controllo si prepara 1 ccm. di soluzione fisiologica e 1/2 ccm. di estratto alcoolico di cuore colesterinato. Ancora 1 o più controlli si eseguiscono con sieri certamente sifilitici, trattati come il siero in esame. Tenute le provette per due ore in termostato a 37° e poi per 18 o 20 ore a temperatura di ambiente, si legge il risultato con l'agglutinoscopio di Kuhn e Woithe.

Questa brevemente la tecnica della nuova reazione.

SUNTO DELLA REAZIONE COMPLETA.

I. — *Preparazione estratto alcoolico colesterinato*:

100 ccm. estratto alcoolico cuore di bue (cavia) 1:5;

200 ccm. alcool a 96°;

13.5 ccm. soluzione alcoolica di colesterina all'1 %.

II. — *Preparazione dell'antigene* (esempio):

a 2 ccm. di estratto alcoolico cuore di bue (cavia) colesterinato secondo preparazione 1ª;

aggiungi 2 ccm. soluzione fisiologica clorosodica sterile a 0.85 %; scuoti leggermente e

aggiungi 8 ccm. soluzione fisiologica sterile 0.85 %.

III. — *Preparazione della diluzione di alcool per il controllo* (esempio):

2 ccm. alcool a 96°;

10 ccm. soluzione fisiologica sterile 0.85 %.

IV. — *Esecuzione della reazione.*

	Siero in esame	Controllo del siero	Controllo dell' antigene	Siero sifilitico di controllo
Siero	0.1 ccm.	0.1 ccm.	—	0.1 ccm.
Sol. fisiol.	0.9 „	0.9 „	1.0 ccm.	0.9 „
Antigene	0.5 „	—	0.5 „	0.5 „
Diluzione alcool. .	—	0.5 ccm.	—	—

Ho esaminato con questo procedimento 600 sieri. Una metà dei sieri in esame erano di pazienti a me noti, l'altra metà la devo alla cortesia del prof. Cesa Bianchi che mi accompagnava ogni volta i suoi sieri d'una breve descrizione clinica del paziente e che seguiva di volta in volta le reazioni da me ottenute.

I risultati sono esposti spero con sufficiente chiarezza nello specchietto seguente:

Sieri esaminati 600 — pos. 161

Pos. 161 neg. 439 — pos. R. W. e S. G. 130

pos. solo R. W.

Pos. R. W. e S. G. 130

R. W.	S. G.		
++++	++++	10	Uguale intensità di reazione
+++	+++	58	
++	++	14	91
+	+	9	
++++	+++	3	Più intensa la R. W.
+++	++	9	
+++	+	3	23
++	+	8	
+++	++++	14	Più evidente la S. G.
++	+++	1	
+	+++	0	16
+	++	1	
	Totale	130	130

Corrispondenza assoluta 95.%.

PER LA LETTURA DELLA REAZIONE DI WASSERMANN.

++++ — impedimento assoluto dell' emolisi a dose minima del siero.

+++ — accenno ad emolisi a dose minima del siero.

++ — emolisi a dose massima del siero.

+ — accenno ad emolisi a dose massima del siero.

I 14 casi nei quali la reazione di Sachs e Georgi restò negativa, mentre la R. W. era positiva, sono così costituiti: 7 casi di tabe incipiente e lues terziaria curata, altri 5 di lues secondaria e terziaria non curata, uno di sifilide ereditaria, un caso di erpete tonsurante senza manifestazioni luetiche clinicamente apprezzabili.

Fra i 17 sieri che diedero reazione di Sachs e Georgi positiva tre soli non erano luetici. In un caso si trattava di una manifestazione cutanea non bene definita, nell'altro di ulcera molle, nel terzo di un'epitelioma della laringe. Nove casi appartenevano a sifilitici già curati o in periodo di cura; degli altri 5 casi non mi sembra esser privo di interesse il ricordarne alcuni.

Una bambina di 8 anni, figlia di un sifilitico e che presenta tutte le stimmate d'una lue ereditaria (triade di Hutchinson) soffre da qualche tempo per un tumore che va sviluppandosi alla faringe e che viene ritenuto di natura neoplastica, specialmente dopo il reperto negativo ottenuto colla sierodiagnosi di Wassermann.

In base alla S. G. positiva (+ +), si inizia una cura antiluetica (frizioni di unguento cinereo) ed attualmente, dopo breve periodo di cura, la tumefazione è quasi totalmente scomparsa.

Si presenta al nostro ambulatorio un paziente che presenta manifestazioni alla mucosa della bocca, clinicamente di natura sifilitica; egli ritorna dall'Albania, dove ha prestato servizio militare; esclude di essersi contagiato di sifilide. Dopo 2 iniezioni di calomelano ed 1 di neosalvarsan scompaiono le placche e papule. Interrompe la cura per parecchi mesi e rientra in Clinica nel gennaio 1920 accusando cefalea, dolori notturni alle tibie, spossatezza estrema, tanto da non reggersi in piedi, inappetenza. Reperto somatico negativo, reazione di Wassermann negativa, reazione di Sachs e Georgi positiva (+ +).

Alle prime due iniezioni di calomelano 0.10, praticate, reagisce con notevole rialzo termico, altre 6 le sopporta bene. Esce dalla Clinica in condizioni buone dopo scomparsa tutta la sintomatologia descritta in un periodo di cura di 6 settimane. La sierodiagnosi di Wassermann praticata sul sangue della moglie del nostro paziente, la quale non presentava nè manifestazioni sifilitiche, nè accusava alcun sintomo sospetto risultò fortemente positiva (+ + + +).

Nella lues terziaria e specialmente nelle lesioni sifilitiche del sistema nervoso, la nuova reazione sembra non rispondere qualche volta; certo è meno sensibile in casi sottoposti a cura specifica e saggiati dopo 6 mesi ed un anno; in questi la R. W. risulta negativa, persiste invece positiva la R. S. G.

Huebschmann esprime dei dubbi sulla maggior sensibilità della reazione in casi di lue sottoposta a cura specifica e si chiede se questa non indichi già fenomeni di immunità. Sul grande numero di sieri di tali pazienti da me esaminati solo 9 volte persisteva ancora la reazione positiva, mentre in tutti gli altri sieri e fra questi molte volte dopo praticata un'iniezione provocatoria, restava il reperto indiscutibilmente negativo.

Per poter manifestare il sospetto, che la reazione sia troppo sensibile ed indichi fenomeni di immunità, Huebschmann dovrebbe possedere una statistica ben numerosa di questi casi con risultati tutti positivi.

Per quanto riguarda *il meccanismo della nuova reazione* Sachs e Georgi dichiarano di avere tentato di rendere la loro reazione più simile possibile a quella di Wassermann ed infatti il processo che va svolgendosi al contatto di sieri sifilitici con estratti organici nella R. S. G. è identico a quello che si svolge nella reazione di Bordet-Wassermann. Se noi nell'eseguire la reazione di Wassermann osserviamo le provette prima di aggiungere lo indicatore (globuli di montone caricati di ambocettore) possiamo notare un lieve intorbidamento nelle provette contenenti i sieri che daranno risultati positivi, intorbidamento meno evidente che quello della R. S. G. per la mancanza della colesterina nelle proporzioni stabilite; il fenomeno è assai più spiccato quando anche per la R. W. si usano antigeni colesterinati, per quanto la presenza di complemento renda, in confronto della R. S. G., meno evidente la floculazione.

Per quanto concerne *la tecnica* d'esecuzione della reazione è importante attenersi esattamente alle indicazioni degli autori, sopratutto nel preparare frazionata la diluzione dell'antigene, aggiungendo in un 1° tempo la soluzione fisiologica in quantità uguale a quella dell'estratto per ottenere il massimo intorbidamento della soluzione senza formazione di precipitati. In un 2° tempo si aggiungono poi le altre 4 parti di soluzione fisiologica; in tal modo si ottiene l'opalescenza necessaria dello antigene.

Per *la lettura* dei risultati si può dire, che essi generalmente sono stabili dopo 18 o 20 ore dall'esecuzione della reazione.

Per quanto riguarda la diversa intensità della reazione, ho stabilito le seguenti graduazioni:

debole: (+) diffuso intorbidamento;

media: (+ +) sospensione omogenea di piccoli fiocchi quasi puntiformi;

forte: (+ + +) liquido limpido con sospensione di fiocchi bianchi;

fortissima: (+ + + +) liquido limpido con pochi fiocchi sospesi e quasi tutti precipitati al fondo.

Nella reazione di Hermann e Perutz i fiocchi, che si formano, hanno secondo Giorgis, una consistenza tenuissima e si disfanno se si agita la provetta, mentre i fiocchi che si formano con la R. S. G. sono consistenti e resistono all'agitazione. Per leggere i risultati della reazione non è necessario l'agglutinoscopio, per quanto esso senza dubbio faciliti

la lettura. Basta osservare la reazione a luce non molto intensa, davanti ad uno schermo oscuro con l'aiuto di una lente.

Non ho mai riscontrato autoprecipitazione nei controlli del siero.

Il fatto ha la sua importanza pratica. È noto come nella R. W. l'auto-impedimento del siero, meno raro di quanto si creda, costituisca un inconveniente non piccolo, inquantochè impedisce l'esecuzione della reazione. Nella R. S. G. questo inconveniente manca del tutto. Ricordo due osservazioni personali di sieri (in un caso si trattava di morbo di Banti; nell'altro d'una neoplasia del piloro) presentanti auto-impedimento anche a dose debolissima, nell'esecuzione della R. W. La R. S. G. eseguita con gli stessi sieri è stata completamente negativa.

La reazione di Wassermann fu sempre seguita col metodo classico adoperando due antigeni, l'uno colesterinato (estratto alcoolico di cuore di bue colesterinato), l'altro di estratto di organi sifilitici (fegato certamente sifilitico, controllato al paraboloide).

Per quanto riguarda *la specificità* della R. S. G. osserverò che il grande numero di sieri negativi della mia statistica, 439 su 600, è dovuto al fatto d'aver portata la mia attenzione su sieri di ammalati per svariate affezioni e sopratutto di quelle forme morbose nelle quali altri sperimentatori avevano talvolta ottenuto reazioni positive. Così esaminai sieri di ammalati per forme diverse di tubercolosi, di carcinomatosi, di tifo addominale, influenza, polmonite franca, broncopolmonite grippale, ittero emolitico, infezione puerperale e ulcera molle.

In queste ultime forme, come è noto, Lesser aveva ottenuto 11 reazioni positive sopra 38 sieri esaminati. Io su 9 casi di ulcera molle riscontrai una sola volta reazione leggermente positiva.

Infine nelle mie ricerche non tralasciai di esaminare sieri di individui normali e di stati fisiologici, come gravidanza e puerperio nonchè sieri di malati per affezioni nelle quali per lungo tempo si cercò di cogliere in fallo la specificità della R. W. (malaria, saturnismo); in ogni caso ebbi sempre risultato negativo.

Dai risultati ottenuti credo di poter affermare, che la nuova reazione dia affidamento di specificità non inferiore a quello della R. W.

La nuova reazione riesce più evidente di quella di B. W. nei sieri fortemente positivi, come risulta bene evidente dallo specchietto. Il per cento di corrispondenza assoluta da me ottenuto di 95 % è superiore a quello ottenuto dagli autori stessi della reazione e da molti altri sperimentatori come risulta dalle cifre seguenti:

Sachs e Georgi	94.94 %
Guggenheim	88.8 %
Konitzer	86 %
Schroeder	85.2 %

Questa maggiore percentuale di risultati positivi, li ascrivo all'aver fatto uso di antigene di cuore di cavia, invece che di quello di cuore di bue proposto dagli autori.

I vantaggi della R. S. G. di fronte alla R. W. sono rappresentati:

1° dalla notevole riduzione del numero dei reagenti e cioè: dall'abolizione del siero di cavia (complemento), del siero di coniglio (ambocettore), dei globuli rossi di montone (indicatore);

2° dalla piccola quantità di siero necessaria; bastano difatti 2 cg. e persino 2 gocce se si segue la modificazione proposta dal Lipp, alla quale accennerò ancora;

3° dalla possibilità di avere sempre a disposizione l'unico reagente necessario (estratto alcoolico di cuore colesterinato);

4° non si deve infine dimenticare che la reazione di S. G. si eseguisce in un tempo solo, mentre tanto la R. W. quanto la reazione di Meinicke richiedono due tempi.

Unico *svantaggio della R. S. G.* in confronto della R. W. è rappresentato dalla lunga durata della reazione, svantaggio molto relativo, dato che questa reazione non presenta mai carattere d'urgenza.

A questo proposito accenno ad una modificazione da me tentata ed in parte riuscita, sostituendo al soggiorno dei tubi delle reazioni in termostato, il bagno-maria a 37 gradi. Con questo procedimento la reazione è riconoscibile già dopo 3 ore e mezza; la formazione dei fiocchi risulta però alquanto ostacolata e quindi non è possibile stabilire il grado preciso di intensità, pur potendo riconoscere dopo 3 ore e mezza con sicurezza se la reazione è positiva o negativa.

La modificazione proposta da Lipp, che ho usato nei casi nei quali non disponevo di una sufficiente quantità di siero, consiste nel lasciare cadere in un vetro d'orologio da una pipetta una goccia di siero ed a questa aggiungere 9 gocce di soluzione fisiologica e 5 gocce di diluzione di antigene; si copre con lastrina di vetro dopo aver unto l'orlo del vetro d'orologio con vasellina per impedire la evaporazione e si procede quindi con la tecnica solita. Questo procedimento dà risultati utilizzabili specialmente nella pratica pedia-

trica, dove il siero a disposizione è di frequente scarso.

Concludendo: La reazione a fiocchi proposta da Sachs e Georgi è di maggior semplicità e praticità della R. B. W.; è come questa specifica per la sifilide, soltanto presenta in confronto della R. B. W. una sensibilità alquanto inferiore in casi di lues incipiente del sistema nervoso. La nuova reazione quindi, se non può allo stato attuale delle nostre conoscenze sostituire la Wassermann, tuttavia praticata contemporaneamente a questa non soltanto ne conferma i risultati, ma ancora assai di frequente può chiarire i casi dubbi, il che in pratica è di somma importanza.

LETTERATURA.

FELKE à Curt Wetzel. *M. M. W.*, 1919, n. 47.
GIORGIS. *Riforma Medica*, 1913, Napoli.
HUEBSCHMANN. *Munchner Med. W.*, 1920, n. 9.
KLAUSNER. *Deutsche Med. W.*, 1909.
KONITZER P. *Medizinische Klinik*, 1919, n. 14.
LESSER. *Berliner Klin. W.*, 1919, n. 10.
LIPP. *Munchner Med. W.*, 1919, n. 42.
MEINICKE. *Berliner Klin. W.*, 1917, n. 25.
MEINICKE. *Berliner Klin. W.*, 1918, n. 4.
MUENSTER. *Munchner Med. W.*, 1919, n. 19.
PERUTZ. *Wiener Klin. W.*, 1919, n. 384.
PORGES & MEYER. *Munchner Med. W.*, 1908, n. 7.
SACHS & GEORGI. *Medizinische Klin. Berlin*, n. 33, 1918; *Munchner Med. W.*, 1920, n. 3.
SCHRODDER. *Medizinische Klin. Berlin*, n. 21, 1919.

NOTE E CONTRIBUTI.

CLINICA DELLE MALATTIE NERVOSE E MENTALI DELLA R. UNIVERSITÀ DI SASSARI.
Direttore prof. O. ROSSI.

La terapia arsenicale nel morbo di Parkinson.

Nota preventiva

della dott.ª CARLOTTA PORRU, assistente.

L'uso dell'arsenico e dei suoi composti, nella malattia di Parkinson, non è di data recente; già Erb ne lodava i risultati, e nel 1899 Gautier raccomandava un preparato organico di arsenico, il cacodilato sodico, in questa forma morbosa. In seguito il cacodilato di sodio, venne largamente usato nella paralisi agitante, di fronte alla quale, come è noto, ci troviamo quasi del tutto sprovvisti dal punto di vista terapeutico. Però i miglioramenti ottenuti furono in generale molto scarsi.

Anche nella nostra Clinica la somministrazione di arsenico ai sofferenti di morbo di Parkinson veniva usata correntemente; anzi il Direttore della medesima, fin dal 1911, aveva provato in un caso di rigidità grave e totale, nel quale era esclusa la sifilide, le iniezioni di Salvarsan (tipo 606) senza averne risultati degni di nota.

Tutto pareva dunque indicare che anche l'uso degli arsenicali dovesse essere considerato come un mezzo capace di dare soltanto qualche vantaggio nello stato di nutrizione generale e non più, quando nel novembre 1919 comparve la comunicazione di Lhermitte e Quesnel i quali fecero conoscere di aver ottenuto risultati brillanti dal cacodilato di sodio, usato con una tecnica speciale, che differisce da quella usata dalla generalità dei neurologi per questo che il cacodilato sodico viene iniettato dai suddetti autori a dosi insolitamente elevate (da gr. 0,50 sino a gr. 2,50 al giorno) in modo che in pochi giorni ne viene somministrata una quantità cospicua.

A detta di Lhermitte e Quesnel, i risultati ottenuti sarebbero stati notevoli. Nei loro ammalati avrebbero verificato: diminuzione della rigidità muscolare, tanto da ridare la possibilità di levarsi da letto, di vestirsi e di camminare senza bisogno di aiuto a malati che prima ne erano assolutamente incapaci; scomparsa della scialorrea; inoltre, allo stato di depressione abituale nelle forme avanzate di paralisi agitante, si sarebbe sostituito uno stato di euforia e talvolta di eccitamento vero e proprio, manifestazione quest'ultima che, secondo gli AA., consiglia di sospendere la cura. Però il miglioramento ottenuto nella maggioranza dei casi fu transitorio: dopo un mese circa, essendosi di nuovo accentuati i sintomi caratteristici della malattia, fu necessario ripetere una nuova serie di iniezioni, allo scopo di ripristinare lo stato di benessere determinato dalla prima serie. Gli Autori non dànno notizie sul decorso ulteriore dei casi curati.

Dati questi interessanti risultati, avendo potuto tenere in osservazione per un tempo sufficiente sette malati di paralisi agitante, credetti opportuno sperimentare la terapia col cacodilato sodico, secondo le indicazioni di Lhermitte e Quesnel. I sette ammalati da me trattati, avevano tutti una forma tipica di morbo di Parkinson, nè v'era in essi alcuna causa etiologica speciale; la sifilide era esclusa, oltre che dall'anamnesi e dall'esame obbiettivo, anche dall'esito della reazione di Wassermann. In tutti, prima di cominciare la cura, venne studiata la funzione renale che risultò normale.

Per lo studio del quale mi occupo, trovo opportuno dividere i soggetti in tre categorie a seconda dell'epoca dalla quale datava la malattia e del modo di trattamento.

CATEGORIA I. — Comprende un solo ammalato: Dore G. La malattia è insorta circa 20 anni or sono. Nel soggetto in esame si nota: tremore poco evidente agli arti, scialorrea, sudorazione profusa, rigidità muscolare tale che l'individuo non può neppure portare i cibi alla bocca, nè è capace di compiere il minimo movimento senza l'aiuto di qualcuno. Gli si iniettano centigrammi 50 di cacodilato sodico il primo giorno, aumentando progressivamente la dose sino a 2 grammi *pro die;* complessivamente vengono somministrati 13 grammi di cacodilato in 10 giorni (22-30 giugno 1920). A questo punto si è dovuta sospendere la cura per essere comparsi fatti a carico dell'apparato renale (albuminuria e leggera cilindruria).

L'unica modificazione nelle condizioni del paziente è stata quella di una diminuzione della rigidità degli arti tale da permettere un leggero aumento nell'ampiezza dei movimenti passivi. Gli altri sintomi rimasero invariati.

CATEGORIA II. — Tre soggetti ammalati da 10 anni, presentano: tremore, scialorrea, sudorazione, insonnia, rigidità muscolare. In questi malati si inizia la cura con una serie di iniezioni da 10, 20, 30, 40 centigrammi di cacodilato, iniettando in uno gr. 14 in 25 giorni, in un altro gr. 4 in 22 giorni e nel terzo gr. 13 in 20 giorni. Poi si aumenta bruscamente la dose giornaliera del rimedio, in modo da somministrarne ancora rispettivamente gr. 22, 23, 28 in venti giorni. Non si è verificato nessun fatto di intolleranza per l'arsenico, nè si ebbero disturbi.

In questi ammalati, si notò: miglioramento delle condizioni generali e dello stato psichico, in quanto essi ripresero fiducia nella possibilità di una terapia: lieve diminuzione della rigidità (fatto che in qualche caso portò con sè aumento nell'ampiezza del tremore), diminuzione della sudorazione. Gli altri sintomi rimasero invariati.

CATEGORIA III. — Comprende tre individui, ammalati rispettivamente da sei anni, da tre anni, da sei mesi. In questi soggetti prevale la rigidità sul tremore. Dopo una serie di iniezioni giornaliere a dosi deboli, come per i soggetti della categoria II, si inizia la cura Lhermitte, somministrando in circa 20 giorni, da 15 a 22 gr. di cacodilato sodico. Nell'ammalato di data più antica, un certo Mura, al quale a dosi deboli erano stati somministrati gr. 10 del farmaco, dal 14 aprile al 27 maggio 1920, e poi, a dosi giornaliere elevate, gr. 15, dal 28 maggio al 12 giugno 1920, si è notato un miglioramento evidente non solo delle condizioni generali, ma anche della motilità, per diminuzione della rigidità. Negli altri due si è avuta solo una sensazione di maggior benessere, di maggior libertà nei movimenti e lieve diminuzione oggettiva della rigidità.

Da quanto è stato esposto risulta che la terapia alla Lhermitte non ha dato nei miei casi risultati quantitativamente molto cospicui.

Gli scarsi vantaggi osservati furono transitorî poichè, nello spazio di una quindicina di giorni, tornarono presso a poco nelle condizioni *quo ante* tutti i malati, eccetto il Mura, nel quale il miglioramento dura tuttora, tanto che può lavorare in campagna, vestirsi da sè e camminare abbastanza spedito.

In conclusione, dato che con altri mezzi non si ottengono in questa malattia neppure i vantaggi accennati, e che di regola la somministrazione del cacodilato sodico alle dosi indicate, non ha dato disturbi, credo conveniente insistere nelle mie osservazioni, delle quali farò ulteriormente conoscere i risultati.

Intanto voglio far rilevare che a dare i vantaggi sopra ricordati può aver concorso il miglioramento delle condizioni generali prodotto dal farmaco, ed in qualche caso (p. e., malato Dore della categoria I) anche il cambiamento delle condizioni igienico-alimentari.

La presente nota era già pronta per l'invio alla Redazione, quando comparve nel fascicolo 31 (1920) della Sezione Pratica del *Policlinico*, il lavoro del dott. G. Roasenda che si riferisce al trattamento di un caso di paralisi spastica col metodo di Lhermitte e Quesnel.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Intossicazione mercuriale acuta da terapia ostetrica

per il dott. GIUSEPPE MASSIMI.

Benchè le intossicazioni acute per sublimato corrosivo di origine terapeutica siano ora piuttosto rare per il limitato uso di questo pericoloso rimedio, non credo inutile riferirne un caso verificatosi nella cura di un aborto, che può servire per lo studio di questo grave accidente. Nei libri si trovano riportati casi simili di avvelenamento per terapia ostetrica, ma con particolari così poco precisi e con deduzioni così vaghe da non fare rilevare tutta l'importanza dell'argomento.

N. N. di anni 35. Sesta gestazione all'inizio del 3° mese. Pur prevedendosi che la donna, per le sue condizioni di salute, avrebbe abortito spontaneamente, si decise fare un vuotamento metodico dell'utero, perchè in un altro aborto spontaneo avvenuto due anni prima, si ebbero gravi emorragie che richiesero poi il raschiamento della cavità uterina.

Alle 10 del mattino posta la donna in posizione ginecologica e messo in evidenza l'utero, si sonda prima il collo, che si trova già tanto aperto da lasciar passare il 10 della filiera di Hegar, poi a mezzo di una comune cannula rettale in vetro, si invia il sottile getto di una soluzione diluita di sublimato corrosivo nel canale cervicale e nella zona inferiore dell'utero. La donna durante il lavaggio ebbe

senso di freddo, ma non accusò sofferenze. Subito dopo si iniziarono le contrazione dell'utero che andarono gradatamente aumentando. Alle ore 14 si ebbe apertura delle acque amniotiche: alle ore 15, cioè 5 ore dopo l'irrigazione, espulsione dell'uovo con forti contrazioni e vivi dolori. Non vi fu perdita di sangue. L'esame dell'uovo fece rilevare che l'aborto era completo. Il feto morto presentava segni di incipiente macerazione.

Nelle prime ore dopo l'aborto si ebbe abbondante minzione. La temperatura che nelle sere precedenti toccava i 37°.5 scese a 36°.2. Durante la notte quattro scariche alvine diarroiche. Al mattino seguente la donna sentendosi debole si nutrì di sua iniziativa con brodo, uovo e vino; solo nel pomeriggio fa attenzione che dalla notte precedente non ha emessa urina e sospettando una ritenzione in vescica sollecita per il cateterismo. Era facile con l'esame esterno escludere questa ipotetica ritenzione, ed il catetere introdotto in vescica confermava l'anuria completa. Ricordando allora che per la doccia nel collo dell'utero si era adoperato una soluzione di sublimato si fa diagnosi di anuria mercuriale acuta.

La soluzione di sublimato era stata preparata sciogliendo una sola pasticca da 1 grammo in tre litri d'acqua (1:3000); e di detta soluzione per la doccia nel collo ne era stata adoperata poco più della metà. La pasticca fu presa da un tubetto della Ditta C. Erba garantito esatto per il dosaggio. La donna malata di lues era abituata a fare lavande vaginali con soluzioni di sublimato all'1:4000; essa aveva pure fatto cure mercuriali energiche con poco risentimento e perfino iniezioni di calomelano abbastanza ravvicinate. Anzi la malata stessa diede tali assicurazioni della sua resistenza ai preparati mercuriali da superare le incertezze del curante. La pretesa resistenza fu del tutto smentita dai fatti. Senso di freddo, diarrea, anuria, stomatite, depressione portavano alla diagnosi sicura d'intossicazione mercuriale acuta. Alla diagnosi seguiva una prognosi non troppo rassicurante. La malattia, infatti, ad andamento grave, durò 40 giorni ed ebbe termine in guarigione. Riporto un sunto del diario:

2° *giorno*. — Temperatura 37°.4. Già dopo 16 ore dalla irrigazione si ha anuria completa. Le poche gocce di urina estratte col catetere contengono cilindri scuri e corpuscoli di pus.

3° *giorno*. — Temperatura serale 37°.6. Anuria. Col catetere si estraggono 5 c.c. di urina contenente cilindri scuri e leucociti numerosi. Alimentazione lattea. Diarrea acquosa. Si inizia la stomatite. Notte insonne. Si scalda l'ambiente a 21°. Magnesia usta. Teobromina.

4° *giorno*. — Temperatura serale 37°.8-38°.2. Anuria 6. Aumenta la stomatite. Insonnia. Dolore di testa. Terapia. Salasso 400 c.c. Ipodermoclisi. Teobromina gr. 30. Magnesia.

5° *giorno*. — Temperatura serale 37°.7. Nel pomeriggio si inizia l'emissione di piccola quantità di urina; 10 c.c. ogni 3 ore circa. Feci diarroiche, però senza sangue. Notte agitata. Due protoclisi. Teobromina 45 cgr. Bagno a vapore. Sudore profuso.

6° *giorno*. — Temperatura serale 38°. Polso piuttosto teso. Urine quantità 200 c.c. PS. 1004. La stomatite è aumentata. Scariche diarroiche acquose. Notte insonne. 2° bagno a vapore. Magnesia. Teobromina 45 cgr.

7° *giorno*. — Urine 400 c.c. PS. 1008; alcaline. Pochi cilindri granulosi nel sedimento. Stomatite in aumento. Scariche alvine abbondanti. Notte insonne. Lievi fitte alle gambe. Qualche formicolio. Non edemi. Condizioni generali buone. 3° bagno a vapore. Colluttori.

8° *giorno*. — Temperatura serale 37°.5; p. 96; respiro 28. Urine 500 c.c. PS. 1008; alcaline. Alb. 1 ‰. Cloruri scarsi. Cilindri in discreta quantità. Cinque scariche alvine nelle 24 ore. Dolori a fascia allo stomaco. Aumento degli edemi. Leggera congiuntivite. Dieta lattea. Due proctoclisi. Teobromina 60 cgr.

9° *giorno* — Temperatura serale 36°.7. P. 96. Resp. 24. Edemi leggermente aumentati. Urine 600 c.c. PS. 1009. Reaz. alcalina. Alb. 2 ‰. Cilindri. Nella notte dispnea: senso di ambascia. Congiuntive iniettate. Bagno a vapore.

10° *giorno*. — Urine circa un litro. PS. 1008. Reaz. alcalina. Alb. 1/2 ‰. Cloruri in discreta quantità. La stomatite ha carattere ulcerativo necrotico. Quattro scariche alvine. Fitte alle gambe. Purga oleosa. Teobromina cgr. 60.

11° *giorno*. — Temperatura 36°.8. P. 80. Urine c.c. 800. PS. 1008. Stomatite migliorata. Tre scariche alvine. Notte insonne. Faccia meno edematosa. Bagno a vapore. Enteroclisma.

12° *giorno*. — Temperatura 36°.7. P. 84. Urine 1 litro. PS. 1007. Reazione alcalina. Alb. 1 ‰. Notte insonne. Teobromina 60 cgr.

13° *Giorno*. — Temperatura 36°.7. P. 84. Edemi scomparsi. Urine: 800 c.c. PS. 1008. Il rene destro abbassato si palpa abbastanza grosso. Bagno a vapore con poco sudore.

14° *giorno*. — Temperatura 37°. P. 90. Urine 800 c.c. PS. 1010. Alb. 1 ‰. Lingua impaniata. Notte migliore.

15° *giorno*. — Temperatura 37°. P. 90. Urine 800 c.c. PS. 1012. Stomatite migliorata. Peso allo stomaco. Eruzione psoriasica alla superficie estensoria del carpo, metacarpo, gomito e ginocchio.

16° *giorno*. — Apiressia. P. 84. Urine: PS. 1010. Cilindri abbondanti. Dalle superfici deterse della bocca qualche emorragia. Nausea per il latte. Dieta idrica. Un vomito.

17° *giorno*. — Apiressia. Urine 800 c.c. Stomatite migliorata. Ventre chiuso. Ripugnanza per il latte. Dieta idrica. Qualche vomito mucoso.

18° *giorno*. — Temperatura 37°-37°.4. P. 90-100. Resp. 20. Urine 800 c.c. PS. 1011. Reazione alcalina. Il bagno a vapore non ha dato sudore. Vomito dopo il bagno. Notte agitata. Dolori puntori alle gambe ed al torace.

19° *giorno*. — Temperatura 37°.1. P. 92. Urine 600 c.c. Reazione alcalina. Dolori di stoma-

co. Nausee. Quattro vomiti biliosi nella giornata. Stato di depressione. Latte c.c. 500. Iniezione di caffeina. Magnesia. Proctoclisi. Notte un poco più tranquilla.

20° *giorno.* — Temperatura 36°.8-37°.1. P. 90-100. Urine 500 c.c. PS. 1012. Reazione alcalina. Sedimento. Cilindri granulosi e corpuscoli bianchi. Persistono vomiti e nausee. Intestino chiuso e ripieno di liquidi. Caffeina. Teobromina. Notte discreta.

21° *giorno.* — Temperatura 36°.8-37°.4. P. 96. Urine 700 c.c. PS. 1011. Reazione alcalina. Album. 1 ‰. Tre vomiti molto acidi. Purgante salino che viene restituito. Proctoclisi col solfato di soda. Notte tranquilla. Sensorio buono.

22° *giorno.* — Temperatura 36°.6. P. 90. Urine 500 c.c. Reazione alcalina. PS. 1012. Lingua patinosa. Un vomito mucoso. Tre scariche alvine. Senso di sete. Qualche singhiozzo. Digalen. Teobromina. Proctoclisi. Notte discreta.

23° *giorno.* — Temperatura 37°. P. 90. Urine c.c. 800. Dolori allo stomaco. Un vomito mucoso. Condizioni generali migliori. Notte discreta.

Il miglioramento continuò progressivo nei giorni seguenti. Persistette il senso di nausea che rese molto difficile l'alimentazione; poi lentamente si attenuò anche questo disturbo per aversi una guarigione completa verso il 40° giorno.

OSSERVAZIONI. — A spiegare l'intossicazione mercuriale di origine terapeutica di solito si adducono due concause, cioè: l'intolleranza individuale e la vasta superficie di assorbimento. Queste due circostanze nel caso in discussione si potevano escludere. La donna per anni aveva dimostrato sempre tolleranza per i preparati mercuriali e la grandezza della superficie irrigata era poco superiore ad un guscio di noce. La vagina era esclusa da ogni contatto con la soluzione, essendosi messo l'utero in evidenza con valve e pinze. Se si pensa che l'irrigazione durò meno di due minuti e che sarebbe stata necessaria l'immissione in circolo di circa 30 c.c. di liquido per iniettare 1 centigrammo di sublimato, si comprende come il criterio dell'assorbimento del liquido non possa ammettersi.

Si può pure escludere una pregressa lesione del rene perchè nelle prime ore dopo l'irrigazione esso mostrò una vera iperfunzionalità difensiva fino a che non venne sopraffatto. Anche l'intestino presentò valida resistenza per tutto il periodo della malattia.

A spiegare il fatto, giova tener presente che il liquido circolando nel canale cervicale e nella zona inferiore della cavità uterina (l'apertura delle membrane ovulari si ebbe solo 4 ore dopo) veniva a contatto con tessuti poco protetti e con abbondante muco. Il sublimato della soluzione irrigante a contatto dei corpi albuminosi deve aver formato composti mercuriali

che rimasero aderenti ai tessuti della cavità e al muco del canale cervicale che divenne leggermente opaco. Così nonostante il completo riflusso della soluzione adoperata si ebbe assorbimento di mercurio. Ammesso ciò, resta sempre a spiegare la incognita più importante, e cioè: Perchè queste gravi intossicazioni mercuriali, a parità di circostanze, si hanno solo in ostetricia, mentre mancano in ginecologia ed in chirurgia dove per l'uso di soluzioni disinfettanti al 1/2 o all'1 ‰ mai si ebbe la morte della malata?

La lunga esperienza e gli ottimi risultati di cure mercuriali in gestanti luetiche stanno a dimostrare come lo stato gravidico in queste malate non determini una diminuzione di resistenza per gli abituali preparati mercuriali. Per spiegare queste gravissime intossicazioni l'ipotesi più semplice è di ammettere che nell'utero gravido e del muco del canale cervicale possano trovarsi dei corpi che valgano a fissare il sublimato ed a trasformarlo in un composto chimico più tossico per l'organismo. Infatti dall'esame del caso esposto e dagli altri simili che si trovano riportati dagli autori si ricava l'impressione che l'assorbimento del sublimato potè essere di milligrammi e certo in quantità molto inferiori ai 15-25 centigrammi ritenuti come dose mortale dai trattatisti, che pur non escludono la tolleranza per dosi maggiori.

Dall'esame dei numerosi avvelenamenti di sublimato corrosivo a scopo suicida si potrebbe forse rilevare quali circostanze determinarono più rapidamente l'esito letale, quali indussero una maggiore resistenza e quali favorirono la guarigione. Certo chi porterà luce sull'argomento farà cosa molto utile, perchè solo una spiegazione scientifica varrà ad eliminare per sempre così pericoloso accidente.

Roma, aprile 1920.

BIBLIOGRAFIA.

M. GREGOR YOUNG: *Avvelenamento mercuriale acuto per iniezione intrauterina*, in «La Ginecologia», vol. I, 1904, p. 31.

BOISSARD e COUDERT: *Intossicazione da sublimato*, in «La Ginecologia», vol. I, 1904, p. 92.

G. ZIINO. «Medicina legale», Milano, 1906, volume II, p. 532.

M. LABOURDETTE: *Un caso di nefrite idrargirica in seguito ad aborto provocato*, in «L'Obstétrique», 1910, p. 74.

TOMELLINI: *Avvelenamento da sublimato corrosivo per irrigazione vaginale*, in «La Ginecologia Moderna», 1911, vol. IV, p. 272.

BAUX et ETIENNE: *Intossicazione mercuriale mortale dopo un aborto*, in «L'Arte Ostetrica», 1912, p. 159.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

Considerazioni diagnostico-differenziali sulla vertigine.

(S. ERBSN. *Wien. klin. Wochenschr.*, n. 6, 1920).

La vertigine può dipendere da diverse cause morbose; le lesioni del nervo vestibolare in un qualsiasi punto del suo decorso endocerebrale o periferico; quelle del suo organo terminale (labirinto); l'aumentata pressione endocranica (meningite cronica, idrocefalo, tumori cerebrali, ecc.); l'epilessia, i disturbi circolatori del cervello; diverse malattie generali (anemia, leucemia, intossicazioni croniche (da piombo, caffè, nicotina, alcool, ecc.), affezioni miocardiche; isteria; nevrastenia.

La vertigine da aumentata pressione endocranica si distingue per il suo carattere continuo con aggravamenti accessuali, mentre i malati di vertigine vestibolare stanno perfettamente bene negli intervalli tra i singoli accessi. I casi nei quali la vertigine non è che un sintomo concomitante delle malattie sopra nominate, si riconosceranno facilmente dal complesso dei sintomi. La vertigine è in alcuni casi rotatoria e accessuale, accompagnata da ronzii alle orecchie, nausea e vomito; si tratta allora della sindrome di Menière.

Nelle affezioni vestibolari acute la vertigine è accompagnata dal tremore oculare (contrazioni nistagmiformi). Questi tremori oculari da affezioni vestibolari si rendono facilmente evidenti nella posizione laterale dei bulbi (nistagmo orizzontale). Il nistagmo consiste in un movimento rapido e in un movimento di ritorno lento dei bulbi; la direzione del movimento rapido indica la direzione del nistagmo.

Più tipica ancora per le affezioni dell'orecchio interno è l'associazione di nistagmo orizzontale e nistagmo rotatorio. Queste contrazioni nistagniformi non sono un sintomo duraturo delle lesioni labirintiche; esse scompaiono dopo 3-4 settimane; nei casi nei quali l'affezione del labirinto è cronica fin dal suo inizio, il nistagmo è totalmente assente. In questi casi si diagnostica l'affezione dell'assenza delle reazioni normali del nervo vestibolare a diversi stimoli:

1° *Nistagmo calorico*. — Se si eccita in un individuo normale il nervo vestibolare facendo scorrere nel condotto uditivo per ½-1 minuto dell'acqua a 20° compare un nistagmo verso la parte opposta a quella eccitata; contemporaneamente l'irrigazione provoca vertigine rotatoria. Se ora il malato chiude gli occhi, tocca col dito un punto determinato e poi dopo averne allontanato il dito cerca di ritoccare lo stesso punto, non vi riesce; il dito si sposta sempre verso il lato dell'orecchio eccitato. Se l'individuo si leva in piedi, esso tende a cadere dal lato dell'orecchio eccitato. Di solito dopo 5 minuti scompaiono tutti questi fenomeni. Se in un individuo mancano questi fenomeni di reazione all'eccitazione calorica del vestibolare o essi sono da un lato meno intensi che dall'altro, se ne può dedurre che il corrispondente nervo vestibolare è poco o affatto eccitabile (in seguito ad emorragia, infiammazione, sifilide) oppure che il nervo non è in grado di condurre gli stimoli (per cause tossiche, per trauma, meningite, aneurisma alla base del cranio, tumore dell'acustico). In alcuni casi le reazioni sono presenti, ma incomplete: può aversi il nistagmo, mntre riescono negativi il segno del dito e la caduta verso la parte eccitata. In questi casi si ammette che le connessioni del nervo coi nuclei dei muscoli oculari sono conservate, ma che lo stimolo non ha potuto pervenire al cervelletto.

2° *Nistagmo rotatorio*. — Se ad un individuo si fanno fare 6-10 giri seduto su una sedia girevole mentre la testa sta piegata in avanti, interrompendo ad un tratto il movimento, l'individuo presenterà un intenso nistagmo rotatorio se volge gli occhi verso il lato opposto alla direzione della rotazione. Questo nistagmo non dura se non mezzo minuto. Durante tale periodo si possono anche osservare la deviazione del dito e la caduta laterale, come dopo l'iniezione di acqua nell'orecchio. Questi fenomeni di reazione mancano o sono indeboliti negli individui nei quali il nervo vestibolare è leso.

3° *Nistagmo galvanico*. — *a*) L'anode è posto su un orecchio, il catode sull'altro. Con una corrente di 3-5 milliampère si ottiene alla chiusura del circuito, un nistagno diretto verso il catode;

b) L'anode è sul petto, il catode su un orecchio: con una corrente di 10-20 milliampère compare un nistagmo rotatorio verso l'orecchio eccitato. Invertendo la corrente il nistagmo avviene in direzione opposta. Anche questo nistagmo è assente nei casi patologici. Questi mezzi di indagine rendono possibile di riconoscere la natura organica della vertigine accusata dal malato. In molti casi il malato presenta nistagmo spontaneo e il fenomeno di Romberg positivo. Il nistagmo spontaneo non indica necessariamente una lesione del labirinto:

a) Il nistagmo è talvolta ottico (p. es., guardando dal finestrino di un treno in corsa, fa

cendo una salita con lo sguardo volto all'insù, talvolta dopo lunga permanenza all'oscuro). Il nistagmo ottico è oscillante; il bulbo con eguale rapidità si sposta e ritorna alla posizione primitiva; mentre il nistagmo vestibolare è caratterizzato dalle contrazioni nistagmiformi. Il nistagmo ottico è spesso accompagnato da contrazioni sincrone delle palpebre e da movimenti a pendolo della testa. Lo sguardo laterale che intensifica notevolmente il nistagmo vestibolare non influenza affatto il nistagmo ottico;

b) Nelle paresi dei muscoli oculari si manifesta il nistagmo soltanto quando lo sguardo è rivolto nella direzione del muscolo paretico;

c) Il nistagmo accompagna varie affezioni cerebrali e midollari (sclerosi a placche, alterazioni del cervelletto, siringomielia, tumori e ascessi della regione quadrigemina, acromegalia, tumori dell'ipofisi, ecc.). In queste affezioni il nistagmo non ha caratteri tipici; di solito si hanno delle contrazioni nistagmiformi. Questo nistagmo da lesioni del sistema nervoso centrale si distingue dal nistagmo labirintico per la sua fissità. Il nistagmo che accompagna le lesioni del labirinto sparisce dopo 3-4 settimane. Le affezioni cerebellari provocano un nistagmo verso il lato della lesione, mentre le lesioni del nervo vestibolare nel suo decorso periferico provocano un nistagmo diretto verso il lato sano;

d) Nell'estrema posizione laterale dei bulbi può apparire il nistagmo in individui nevropatici ed anche in individui normali; in questo ultimo caso il nistagmo indicherebbe, secondo alcuni, una debolezza latente dei muscoli oculari;

e) Il nistagmo isterico consiste in tremori rapidi e accessuali dei bulbi; le oscillazioni sono ampie ed accompagnate da blefarosparmo e da lieve convergenza dei bulbi;

f) Se il nervo vestibolare è ipersensibile può comparire il nistagmo nell'estensione o nei movimenti rotatori della testa.

Nelle affezioni vestibolari si constata un altro sintomo, quello di Romberg. Questo sintomo può dipendere però anche da alterazioni di sensibilità della pianta del piede (in seguito a polinevrite, a tabe). In questi ultimi casi però i malati non accusano vertigine.

POLLITZER.

Il reumatismo.

(Prof. E. ROOS FREIBURG. *Münchn. Med. Wochenschrift*, n. 4, gennaio 1920).

Il concetto di reumatismo è complesso perchè con esso si comprendono una serie di affezioni, che malgrado lesioni anatomiche insignificanti, decorrono con grandi dolori e con alterazioni funzionali dell'apparecchio motore (Quincke). Queste lesioni ora attaccano i muscoli, ora le articolazioni e fino dall'antichità si è voluto metterle in relazione con influenze atmosferiche e raffreddamenti; negli ultimi tempi si è data grande importanza alle cause tossiche ed infettive.

Qualche quadro morboso è stato già separato dal vecchio concetto di reumatismo, p. e., la poliartrite reumatica acuta che alla sua volta può esser suddivisa in diverse unità etiologiche e cliniche.

Il reumatismo colpisce il tessuto interstiziale la capsula fibrosa, i legamenti, e per ciò gli autori francesi parlano di diatesi fibroplastica.

Le nostre cognizioni anatomo-patologiche sul reumatismo sono molto incomplete, perchè quasi mai ci è dato di studiare l'esordio della malattia sul cadavere e le alterazioni croniche non sono così chiare appunto perchè datano da molti anni, e poi è molto difficile giudicare le alterazioni del tessuto connettivo dei ligamenti e delle fasce.

Nel reumatismo muscolare si ritrovano alle volte dei noduli e dei cordoni ritenuti per indurimenti fibrillari e callosità reumatiche, ma Auerbach, Binz e Adolfo Schmidt non rinvennero nelle fibre muscolari, nel connettivo e nei nervi nessuna alterazione anatomica. Onde Adolfo Schmidt ritenne il processo mialgico di natura funzionale considerandolo quale una neuralgia delle terminazioni nervose nel muscolo, e porta in appoggio della sua teoria il fatto che mai per il reumatismo si osservano paresi o atrofie. Il dolore stesso è localizzato principalmente nelle inserzioni muscolari nelle quali si suddividono le terminazioni nervose sensitive, mentre le terminazioni nervose motorie si suddividono piuttosto nel ventre muscolare.

Roos non accetta questa ipotesi; trova naturale che il dolore sia localizzato proprio là ove si suddividono le terminazioni nervose sensitive e si spiega l'integrità funzionale del muscolo pensando che l'infiammazione attacchi solo il tessuto connettivo intramuscolare.

Quincke batte la stessa strada, egli rileva le caratteristiche del processo, la rapidità del suo comparire e scoparire, e cerca metterlo in parallelo con certi processi transitori che si osservano nel tessuto connettivo della pelle, più facilmente controllabile, p. e., certi stati infiammatori dopo l'assunzione di qualche medicamento, gli esantemi da siero, l'orticaria tossica per l'uso di aragoste e l'edema circoscritto acuto da lui descritto. Parla in favore di una

origine comune interna la combinazione del reumatismo articolare acuto coll'eritema nodoso. Quincke sospetta che nella mialgia acuta, nella artrite reumatica si svolgano nel tessuto connettivo intramuscolare analoghi processi a quelli che si osservano nel connettivo della pelle, nell'orticaria e nell'edema acuto di Quincke. Le une come le altre sono fugaci, hanno una certa predilezione per certe località; la dolorabilità nelle forme mialgiche ed articolari può spiegarsi, pensando forse che le località attaccate vengano incarcerate fra la fascia ed i capi articolari nei movimenti dei muscoli e delle articolazioni.

Nei tempi andati si è data un'eccessiva importanza al raffreddamento quale causa morbosa. Schönlein nel 1840 ammetteva che 80 malattie potessero essere prodotte da questo, ma le opinioni mutarono poi e Virchow colla sua scuola lo abbandonò considerandolo come un concetto troppo elastico e perciò non corrispondente ad esattezza scientifica. Quando ai tempi di Koch si scopersero i generatori microscopico di molte malattie, i medici risero del concetto profano del raffreddamento. Solo quando si incominciò lo studio della teoria dell'immunità si comprese che i germi patogeni potevano essere attivi solo se attaccavano un organismo che fosse suscettibile di infezione e si tornò a pensare al raffreddamento. Chodounsky però anche recentemente nega che il raffreddamento possa esser causa di malattie. Dopo un bagno freddo e caldo egli si esponeva per un'ora ad un violento vento gelato o dopo che era sudato indossava una camicia di lana bagnata e si esponeva al vento freddo. Mai ammalò sebbene nel suo sputo e sulle tonsille, oltre i soliti saprofiti, esistessero streptococchi e stafilococchi. È vero che aveva 57 anni, ma è vero altresì che come appassionato alpinista d'alta montagna era rotto a tutte le intemperie.

Il maggior numero degli autori oggi ritiene che il raffreddamento possa esser causa di malattia. Per esso il sangue affluisce agli organi interni e queste anormali condizioni di irrorazione sanguigna da sole possono produrre alterazioni dei tessuti (raffreddori, bronchiti, catarri intestinali, mialgie) ed i profani identificando la causa coll'effetto dicono: è raffreddato.

Probabilmente esiste anche una diretta azione dannosa su organi vicini ad una regione perfrigerata, p. e., una ischialgia che si sviluppa quando uno sta seduto a lungo su una pietra, o una paralisi del facciale che si sviluppi nella metà della faccia battuta dal vento freddo in un lungo viaggio.

Goldscheider ammette la mialgia e l'atralgia puramente perfrigeratoria e distingue questa azione locale del raffreddamento da quella azione dannosa che si sviluppa in tessuti lontani dal luogo della perfrigerazione per effetto vasomotorio. A queste cause poi bisogna aggiungere il fattore infezione, che si sviluppa sul terreno del raffreddamento, poichè questo favorisce l'attecchire dell'infezione mobilizzando germi patogeni latenti, quali si trovano in ogni organismo.

Keysser ha trovato che negli animali da esperimento esposti ad una corrente d'aria umida e fredda le opsonine si abbassano fino al 50 %.

Praticamente ha grande importanza il fatto, a tutti noto, che i microrganismi generatori della poliartrite reumatica acuta hanno il loro punto d'entrata nell'organismo dalle tonsille. I generatori della poliartrite reumatica acuta (non identificati ancora) possono rimanere latenti nell'organismo per molto tempo ed essere valorizzati poi da uno sforzo eccessivo.

Müller e Quincke hanno raccomandato nella cura delle artriti croniche, assieme al massaggio, la tiosinamina (fibrolisina), alla quale si vuole attribuire la facoltà di rilassare il tessuto cicatriziale. Il Ross l'ha usata nei vizi cardiaci pensando che la sua benefica azione poteva forse esplicarsi sulle valvole e sulle corde tendinee delle valvole, e gli pare di aver ottenuto qualche risultato. Egli usa la formola:

Tiosinamina 2.00 - Glicerina 4 - Acqua distillata ad gr. 20.00.

Più volte alla settimana 1-2 cc. della soluzione riscaldata.

Ed ora poche parole sul nuovo metodo di cura di Heilner delle artriti croniche.

Egli nelle sue ricerche è partito dall'ipotesi di Umber, che i depositi di acido urico nei tessuti dei gottosi non dipendano già da una deficiente secrezione renale, ma da una aumentata affinità dei tessuti per l'acido urico. Ogni uomo anche sano dovrebbe avere dei depositi di acido urico data l'affinità di questo per le cartilagini, e se questo non succede la causa si deve cercare in una difesa fisiologica dei tessuti contro questa affinità. Per aumentare questa difesa organica l'A. inietta ai malati estratti cartilaginosi di animali (sanartrite). Nel corso di più settimane egli pratica 6 iniezioni: 3 di estratto debole e 3 di estratto forte. Questo provoca reazioni con fenomeni gravi (febbre, malessere, vomito, dolori).

È certo che la sanartrite influenza beneficamente gravi malattie articolari croniche contro le quali noi possediamo così pochi rimedi.

PERGHER.

Sintomi nervosi e muscolari nelle artriti deformanti. (Contributo alla patogenesi della sciatica).

(M. JUNGDAHL. *Wien. klin. Wochenscrift*, numero 5, 1920).

La sciatica più che una malattia è un complesso di sintomi: questo complesso può essere primitivo o secondario.

Col progredire delle cognizioni si vede restringersi sempre più il campo della sciatica primitiva. Molto spesso la sciatica non è che un sintomo dell'artrite lombare deformante.

In questi casi il dolore nervoso è di solito accompagnato da sintomi a carico dei muscoli: contratture muscolari e mialgie (lombaggini). Le ricerche röntgenologiche eseguite dall'A. escludono che i fenomeni dolorosi possano dipendere da un'irritazione meccanica da parte delle ossa deformate; essi non dipendono nemmeno dalla propagazione di processi infettivi articolari, ai muscoli ed ai nervi (ciò è dimostrato dalla sede delle contratture e dei dolori e dall'estensione topografica di questi ultimi), e non sono neppure una conseguenza della contrattura muscolare (si osservano in molti casi nei quali non esiste contrattura).

Contratture e mialgie si osservano spesso anche nelle artriti croniche della spalla. Nelle artriti deformanti le alterazioni patologiche sono di natura degenerativa e risiedono primitivamente nel tessuto cartilagineo; solo più tardi è colpito il tessuto osseo. Ancora più tardi si manifesta la deformazione, conseguenza della funzione meccanica delle ossa diminuite di resistenza, e la neoformazione ossea, risultato di un processo reattivo. Durante i movimenti articolari, quando ancora il solo tessuto cartilagineo è leso, esso sarà gravemente compromesso non potendo sopportare le pressioni e tensioni che le parti vicine sane gli comunicano. Dal tessuto in tal modo irritato partono degli stimoli centripeti, che provocano per via riflessa contratture muscolari, mialgie e dolori nervosi (per es. la sciatica). Questi riflessi hanno per conseguenza l'immobilizzazione immediata dell'articolazione e salvaguardano in tal modo l'integrità dei tessuti lesi.

I riflessi motori o sensitivi sono spesso presenti quando manca ancora qualsiasi deformità visibile, quando nemmeno l'esame röntgenologico dimostra alcuna anormalità. Nei casi nei quali il processo morboso è talmente intenso ed esteso, da inibire o diminuire gravemente la funzione dell'articolazione intera (come in molte forme capsulari), le contratture e i dolori sono scarsi. Soltanto se l'articolazione è nella sua maggior parte integra sono possibili de' movimenti, i quali compromettono i punti di minor resistenza (cartilagini degenerate), punti che dànno allora origine ai riflessi sensitivi o motori.

POLLITZER.

Espettorato sieroso durante la toracentesi.

(KORACH. *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1919, 5 maggio).

L'autore ricorda che nel 1879 osservò il seguente caso, la cui pubblicazione egli differì in attesa di ben precisare la patogenesi del fenomeno. Una donna di 45 anni era affetta da pleurite sinistra. Sei settimane dopo l'inizio della malattia entrò in ospedale. Il liquido nella cavità pleurica sinistra raggiungeva in avanti la terza costola ed indietro la punta della scapola. Il cuore era spostato verso destra. La febbre era alta. Poichè la dispnea era molto grave si procedette alla evacuazione del liquido. Senza alcuna aspirazione fuoriuscirono nel corso di 40 minuti 1500 cmc. di liquido sieroso leggermente torbido e gialliccio. Ma quando ne erano defluiti 500 cmc. si manifestò una tosse violenta per cui si rese necessario togliere l'agocannula. La tosse era dapprima secca, ma poi si accompagnò ad espettorato sieroso simile al liquido uscito dalla cavità pleurica. Mentre defluivano gli altri 1000 cmc. di liquido si ascoltarono rantoli tracheali, rantoli a grosse bolle in corrispondenza del polmone sinistro, mentre al lato destro il respiro era aspro. Contemporaneamente alla scomparsa dei rantoli cessava la espettorazione, e la paziente, che era dispnoica e cianotica, cominciò a respirare tranquillamente. Otto ore dopo l'operazione la tosse e l'espettorato erano completamente cessati. Non c'erano sintomi di pneumotorace, nè l'espettorazione sierosa pareva accompagnarsi a diminuzione del liquido pleurico. Immediatamente dopo l'operazione comparvero segni di reespansione graduale, con la diuresi l'essudato si assorbì e la paziente fu dimessa guarita dopo sei settimane.

Dopo questo caso l'A. su 1200 toracentesi praticate ha solo due altre volte osservato una simile espettorazione sierosa. Questa relativa immunità a tale complicanza pericolosa egli l'attribuisce alla precauzione di sospendere l'operazione non appena compare la tosse. Secondo Appel, questa complicanza è dovuta o all'edema o alla perforazione del pulmone, per modo che il liquido pleurico passerebbe negli alveoli pulmonari. Ma è più probabile che l'espettorato sieroso sia dovuto all'edema pulmonare post-aspirativo. La rapida decompressione produce un rapido afflusso di sangue ai pulmoni, i cui vasi d'altra parte sono diventati

particolarmente permeabili e porosi a causa della prolungata compressione. Da ciò la fuoriuscita di molto siero negli alveoli, in quantità inversamente proporzionale alla quantità di aria contenuta negli alveoli stessi.

Se il liquido espettorato provenisse dal versamento pleurico attraverso una lesione della pleura viscerale, la sua costituzione dovrebbe essere identica a quella del liquido pleurico. Nel caso invece sopra accennato l'espettorato aveva il peso specifico di 1024 e conteneva il 4.2 % di albumina, mentre il liquido aspirato aveva il peso specifico di 1020 e conteneva il 3.5 % di albumina.

Evidentemente la tosse manifestatasi durante la toracentesi costituisce il primo segno di una notevole iperemia attiva del pulmone, nel quale dopo una lunga compressione il sangue e l'aria affluiscono improvvisamente.

Il primo effetto dello svuotamento è il ritorno in sito agli organi spostati (cuore, mediastino, diaframma). A misura che lo svuotamento continua il pulmone si espande e se qualche ostacolo (dolore, aderenze, ecc.) impedisce questa espansione gli alveoli invece di aria si riempiono di liquido trasudato dai vasi congesti. Se infatti si fa l'ascoltazione durante la evacuazione del liquido si ascoltano numerosi rantoli nel punto dove prima il respiro era debole e allontanato.

La rarità di questa complicanza della toracentesi si deve al fatto che lo svuotamento di solito si fa poco dopo che il pulmone è colpito da collasso: quanto più a lungo dura il collasso tanto magiore è la perdita della elasticità pulmonare e l'aumento della permeabilità dei vasi. Come misura preventiva della complicanza stessa il Korach consiglia di sostituire il liquido evacuato con gas, per modo che la reespansione del pulmone avvenga gradatamente.

dr.

CHIRURGIA.

Gli insuccessi della terapia chirurgica del gozzo esoftalmico.

(BRAM. *Endocrinology*, dicembre 1919).

Come per molte altre questioni mediche, la terapia del gozzo esoftalmico ha subito la influenza della moda. Gli interventi chirurgici sono stati ritenuti per un certo periodo di tempo il mezzo unico, esclusivo, sicuro per curare la sindrome basedowiana. L'esperienza ha dimostrato la eccessività, se non l'assoluta fallacia, di questo giudizio. Senza dire che anche teoricamente c'era da presumere che il gozzo esoftalmico non si trovava, come non si trova, nel campo della chirurgia.

In effetti la chirurgia ha per scopo di modificare o di rimuovere le parti anatomicamente alterate. Così si giustifica l'appendicetoctomia, l'erniotomia, la tonsillectomia, la prostatectomia, l'isteroctemia, la gastroenterostomia. Analogamente si può anche giustificare la tiroidectomia in casi di gozzo semplice, non tossico, quando anche non sia eccessivamente voluminoso. Lo stesso non può dirsi nei riguardi del gozzo esoftalmico.

Alcuni chirurgi troppo entusiasti della loro opera nella cura del gozzo esoftalmico affermano che una tiroide iperfunzionante ha bisogno di interventi come un'appendice infiammata.

Come non si esita ad asportare questa, così non si deve esitare ad asportare la tiroide malata. Ma è facile contestare che l'appendicite è un'affezione locale, mentre l'ipertiroidismo etiologicamente, clinicamente, fisiologicamente ha molte e larghe relazioni con l'intero organismo; che l'appendice è un organo senza funzione mentre la tiroide è un organo vitale; che l'appendice, nell'appendicite, contiene germi settici, mentre la tiroide iperfunzionante non è infetta; e che infine praticamente si è dimostrato che l'appendicectomia ridona la salute ed il completo benessere ai pazienti, mentre l'asportazione totale della tiroide conduce alla cachessia strumipriva, e l'asportazione parziale, alla fine dei conti, non è terapeuticamente efficace.

Si è sostenuto, e si sostiene ancora, che la causa del morbo di Basedow non sia primitivamente legata ad una disfunzione della tiroide, e che questa sia una manifestazione secondaria, o, quanto meno, uno dei processi, il più evidente ma forse non il più importante, del turbamento funzionale di tutto il sistema endocrino. Con tale concezione l'intervento chirurgico apparirebbe ancora meno giustificato.

Ma, a parte ciò, la cura chirurgica non si giustifica neppure ammettendo che l'alterazione tiroidea sia la causa prima ed unica della sindrome.

Del resto, l'inefficacia dei metodi chirurgici è dimostrata dalla loro stessa moltiplicità: ogni forma di intervento è stata successivamente abbandonata, per ricorrere ad altre non meno pericolose o inutili.

Dapprima si tentò la tiroidectomia totale. Constatati i disastri (alta percentuale di morti per l'atto stesso operatorio e cachessia strumipriva) si passò alla tiroidectomia di un lobo.

La tiroidectomia di un lobo dette risultati scarsi o nulli.

Si ricorse allora alla tiroidectomia di ambo i lobi e se ne ebbero i seguenti risultati: pos-

sibilità di asportare le paratiroidi con lo sviluppo di tetania, rigenerazione del tessuto alterato con la ricomparsa della sindrome basedowiana.

La legatura di una o di ambo le carotidi doveva, secondo il pensiero di alcuni chirurgi, diminuire l'attività funzionale della tiroide diminuendone la circolazione; ma all'atto pratico la circolazione collaterale si ristabiliva rapidamente peggiorando le condizioni dei pazienti. E ciò senza tener conto dei decessi provocati dall'atto operatorio.

Si credette di poter avere migliori risultati dalla legatura successiva dei vasi tiroidei seguita dall'asportazione dell'organo. A parte i dubbi risultati, la percentuale di morti conseguente alla pluralità di interventi rese il metodo subito sconsigliabile.

Ebbe anche il suo periodo di voga la simpaticoectomia o resezione del simpatico cervicale, che provocava un temporaneo miglioramento dell'esoftalmo, lasciando immodificati gli altri disturbi.

Non più brillanti risultati ha dato la timectomia con o senza tireodectomia.

Le iniezioni di acqua bollente o di chinino, nella tiroide, allo scopo di distruggerne in tutto o in parte il parenchima, hanno su gli interventi chirurgici già accennati il vantaggio di essere meno pericolose.

La efficacia della resezione del colon, preconizzata da Arbuthnot Lone, che considera come causa primitiva del gozzo esoftalmico una infezione di quel tratto dell'intestino, deve essere ancora dimostrata.

Per quel che riguarda la tiroidectomia, l'operazione che ha incontrato più favore presso chirurgi, è ancora controverso se essa debba essere totale o parziale. Pare che si sia generalmente contrarî per l'ablazione completa, ma l'accordo non è stato raggiunto sul *quantum* di organo debba asportarsi per avere degli effetti sicuri.

Qualcuno sostiene che si debba lasciare in sito un terzo, altri un quinto, altri un sesto, ed altri perfino un ottavo. Anche questa incertezza non conferisce serietà al metodo.

Non è dubbio che ci sono condizioni nelle quali l'intervento chirurgico è non solo indicato, ma indispensabile: quando il volume del gozzo è tale da produrre fenomeni di compressione degli organi vicini e quando c'è ragione di sospettare una degenerazione cancerigna.

Ma nelle forme ordinarie di gozzo esoftalmico l'intervento chirurgico è, a dir poco, superfluo. La chirurgia deve avere rapporti con questa affezione analoghi a quelli che ha con la polmonite, col tifo, con la scarlattina. Nella polmonite l'intervento del chirurgo è richiesto solo in caso di empiema; nel tifo in caso di perforazione intestinale; nella scarlattina in caso di una grave mastoidite consecutiva ad otite media suppurata; nel gozzo esoftalmico solo quando si hanno fenomeni pericolosi di compressione o degenerazione cancerigna.

Vero è che i chirurgi di tutto il mondo si vanno rendendo conto della inutilità e del danno della cura chirurgica del gozzo esoftalmico.

La lista di coloro che si son dichiarati contrarî a questo sistema di cura si va facendo sempre più fitta. Tra i più autorevoli basti ricordare Crot-Frazier, Berry, Porter, Carrison, Dieulafoy, Lewis, Kocher, Mayo, Beebe, Ochsner. Lo stesso Crile ammette che l'operazione della tiroidectomia è di un'estrema pericolosità, tanto che conviene farla a tappe, preceduta dalla legatura successiva dei vasi, e sempre con l'anociassociazione.

Infatti le statistiche dimostrano che: 1° la mortalità degli operati è superiore a quella dei curati medicalmente; 2° molti pazienti soccombono per immediate, postoperative esacerbazioni di ipertiroidismo; 3° con molta frequenza la malattia si aggrava a scadenza più o meno lunga; 4° la mortalità per l'atto operatorio stesso è altissima; 5° un grave pericolo è dato dalla possibilità di asportare le paratiroidi; 6° il nervo ricorrente può essere leso durante l'operazione o imbrigliato nelle cicatrici; 7° può verificarsi il mixedema strumiprivo.

Questi gli svantaggi sicuri, effettivi, indiscutibili dell'intervento chirurgico, di fronte ai quali i vantaggi sono più che scarsi, inesistenti.

Nelle statistiche elaborate dai chirurgi, che più hanno vantato il metodo cruento, sono considerate come guarigioni la sopravvivenza all'atto operativo, il che forse in effetti è molto. Ma di vere guarigioni della sindrome basedowiana non è a parlarsi, in quanto che i chirurgi non si danno la pena di seguire per un conveniente periodo di tempo per poter assodare che i disturbi ipertiroidi erano in effetti scomparsi, e che non si era manifestato alcun disturbo che facesse carico all'operazione stessa. Coloro, e son pochissimi, che hanno seguito a lungo i loro pazienti, hanno dovuto riconoscere che fra i migliorati ed i guariti erano quelli che dopo l'operazione avevano inappuntabilmente seguite le prescrizioni di ordine medico.

Senza dubbio queste ultime hanno un'efficacia quasi sicura. Il gozzo esoftalmico va curato con successo con un adeguato regime di vita, con la dieta, con la vita all'aria libera e lon-

tana dai rumori, dalle emozioni, dal lavoro affaticante, con la idroterapia, l'elettroterapia, la psicoterapia, la radioterapia, eventualmente con farmaci (arsenico, sedativi, ecc.).

Quando questi mezzi siano saggiamente adoperati, il successo non può mancare. Gli insuccessi si hanno a deplorare solo quando il gozzo ha subìta la degenerazione cancerigna, quando i sintomi tossici si sovrappongono ad un gozzo non basedowiano, nei casi particolarmente avanzati. Solo in questi casi, e nei rari casi nei quali il trattamento riesce a lungo inefficace, è giustificato come *extrema ratio* l'intervento chirurgico. *dr.*

Metodi di cura radicale della nevralgia del trigemino.

Secondo Pichler (*Wien. Klin. Wochenschr.*, n. 22, 1920) la caratteristica principale della nevralgia del trigemino sarebbe la tendenza dell'affezione a progredire dalla periferia al centro. L'affezione si originerebbe da un qualche processo infiammatorio alla periferia — ascesso dentario cronico, empiema dei seni mascellari, ecc.

In questo primissimo stadio la rimozione del focolaio infiammatorio fa cessare completamente la nevralgia; non così quando questa abbia già durato un pezzo. In tal caso la lesione nervosa è già avanzata verso il tronco e del tutto indipendente ora dal focolaio originario prosegue progressivamente verso il centro.

Lenk (*Wien. Med. Wochenschrift*, n. 21, 1920) vorrebbe che in tutti i casi si tentasse un trattamento coi raggi Röntgen.

Il metodo della irradiazione del trigemino, introdotto da Wilms, darebbe dei risultati buonissimi. I dolori cessano dopo un certo numero di irradiazioni alle guancie, di solito nel corso di poche settimane. È importante che i malati non siano stati precedentemente trattati con iniezioni nei nervi, nè soggetti a resezioni nervose.

A tal riguardo sono dimostrativi cinque casi descritti dall'autore; nei quali in seguito a numerose irradiazioni, i dolori nevralgici prima estesi a tutti i tre rami del trigemino scomparvero permanentemente, persistendo soltanto immutati in corrispondenza di un ramo del nervo che era stato precedentemente resecato od iniettato. Tutti i malati che non erano stati precedentemente trattati chirurgicamente guarirono o migliorarono sensibilmente in seguito all'applicazione dei raggi.

Nei casi ostinati H. Pichler (*Wien. Klin. Wochenschfrit*, n. 22, 1920) è fautore delle iniezioni di alcool nel ganglio di Gasser. Tale intervento però è grave e non scevro da pericoli e Pichler stesso raccomanda di limitarlo a quei casi, nei quali tutti i mezzi più blandi si sono dimostrati inefficaci o nei quali l'intensità dei dolori impone un rapido intervento radicale.

Specialmente in tutti quei casi nei quali si vorrebbe estirpare il ganglio di Gasser, si dovrebbe, prima di questo intervento grave, tentare l'iniezione di alcool nel ganglio. Tale iniezione guarisce la nevralgia nel maggior numero dei casi. L'iniezione va fatta col continuo controllo dell'effetto, osservato ad ogni goccia iniettata (anestesia delle parti innervate). Si riesce così all'incirca di limitare l'azione dell'alcool su determinate fibre del trigemino. Il primo ramo del trigemino va rispettato quando esso stesso non sia la sede della nevralgia (per il pericolo della successiva cheratite neuroparalitica). Se dunque nel corso dell'iniezione compaiono segni di anestesia forte nel territorio del primo ramo (quasi scomparsa del riflesso corneale) si sospenderà l'iniezione e si dirigerà verso un altro punto l'ago. Mentre l'ago penetra nel formen ovale si deve cominciare ad iniettare l'alcool. L'A. consiglia di non anestetizzare il ganglio con un'iniezione di novocaina; ciò renderebbe impossibile il controllo degli effetti dell'alcool. La quantità di alcool da iniettarsi varia da caso a caso; si inietterà goccia a goccia fino a paralisi completa dei territori del II e III ramo, e diminuzione forte della sensibilità nei territori del I ramo.

Tale scopo in media si raggiunge con 5 ccm., talvolta però già con alcune gocce, altra volta soltanto con 10 o 15 ccm. d'alcool. L'iniezione non è scevra d'inconvenienti.

1° per diffusione dell'alcool ad altri nervi cranici può seguire paralisi, di solito temporanea, di questi; 2° l'ago può ledere qualche arteria (maxillaris interna, meningea media; 3° la complicazione più grave è la cheratite neuroparalitica Essa accompagna spesso la paralisi completa nel territorio del I ramo (5 volte su 7 casi) non compare invece, quando in tale territorio sia mantenuta una anche minima sensibilità. Tutti i casi nei quali era riuscita bene all'A. l'iniezione (anestesia completa del ramo colpito) guarirono completamente (nel corso di 5 anni non si sono osservate recidive). Nei casi rari nei quali l'iniezione di alcool non abbia effetto e non venga accettato dal malato, la cura radicale è rappresentata dall'estirpazione del ganglio di Gasser (E. Ranzi, *Wien. Klin. Wschft.* n. 21, 1920). Su 16 tali interventi, eseguiti dall'autore, 13 sono guariti, 3 sono morti (embolia gassosa; lesione della carotide interna; meningite pu-

rulenta). Per evitare la cheratite, l'occhio è difeso dopo l'operazione da un vetro d'orologio. L'A. raggiunge il ganglio dalla via sfenotemporale. La facilità dell'estirpazione dipende dall'intensità dell'emorragia. L'estirpazione è resa più difficile da antecedenti resezioni di nervi.

POLLITZER.

Trattamento ortopedico delle deformità dei piedi nell'atrofia muscolare progressiva neuritica.

(H. DEBRUNNER. *D. Med. Wochenschrift*, n. 52, 1919).

La forma neuritica dell' atrofia muscolare progressiva produce delle lesioni degenerative nelle vie nervose motorie. Queste lesioni s'iniziano talvolta in uno, talvolta in un altro segmento delle vie motorie: in alcuni casi le lesioni seguono una via ascendente passando dai nervi periferici ai cordoni midollari; in altri casi la loro progressione è discendente dal I al II neurone motorio; in altri casi ancora esse si iniziano contemporaneamente in diversi punti delle vie motorie. Queste varie forme hanno però dei caratteri comuni: l'ereditarietà e la comparsa dell'affezione nei vari membri di una stessa famiglia; il suo inizio nella prima infanzia; la localizzazione costante nelle estremità; la progressione molto lenta. I primi fenomeni si osservano a carico dei muscoli dei due piedi; non appena sono colpiti i muscoli peronei, si stabiliscono delle deformità le quali rendono difficile o impossibile la deambulazione.

Siccome la lenta progressione della malattia fa sì che passino degli anni tra l'estensione della paralisi dai peronei ai muscoli del polpaccio e della coscia, si impone in quasi tutti i casi un intervento ortopedico che ristabilisca la funzionalità dei piedi. Negli interventi si deve tener presente che contemporaneamente alle deformazioni i piedi hanno subito delle alterazioni trofiche (la pelle è spesso cianotica, ipoestesica), quindi ogni pressione intensa, ogni trazione forte facilmente provoca delle necrosi e compromette in tal modo gravemente i risultati dell'intervento. D'altra parte, la forte tendenza alle contratture rende vana la speranza di ottenere la guarigione per mezzo di un semplice raddrizzamento. L' intervento va fatto in due tempi: raddrizzamento del piede in due sedute successive, e dopo il raddrizzamento l'intervento operativo. Esso consiste nello staccare a mezzo dello scalpello un cuneo osseo, nel piede varo la base del cuneo è situata lateralmente e verso l'alto, il suo margine tagliente è diretto verso l'interno e verso il basso; il cuneo comprende una calotta della testa dell'astragalo, una parte del navicolare, del I e II cuneiforme, e del cuboide.

Nel piede equino il cuneo è più esteso, esso si estende dal margine interno a quello esterno dello scheletro, ha il dorso rivolto in alto, il margine tagliente verso il basso.

Dopo l'allontanamento del cuneo osseo è facile fissare in buona posizione la parte anteriore del piede, dopo di ciò si sutura e s'ingessa. L'Autore ha eseguito con ottimo risultato tale operazione in un bambino di 15 anni e in una sua sorella di 21 anni, che fin dall'infanzia avevano i piedi deformati dall'atrofia muscolare progressiva.

POLLITZER.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società medico-chirurgica di Pavia.

(*Seduta del* 15 *maggio* 1920).

Contributo casistico alla terapia chirurgica dell'echinococco addomino-pelvico.

E. ALFIERI. — Riferisce ed illustra sei casi di cisti di echinococco interessanti direttamente od indirettamente gli organi pelvici, accolti nella Clinica Ginecologica di Cagliari, durante il periodo di sua direzione.

In due casi trattavasi di grosse cisti dello sfondato vescico-uterino, di cui una suppurata. In un terzo la cisti di echinococco, pure suppurata, del fondo cieco vescico-uterino, comunicava colla vescica e presentava note anatomopatologiche non dubbie di tubercolizzazione seconndaria della parete.

In un altro esisteva una cisti da echinococco dell'ovaio destro ed un'altra più piccola del connettivo preperitoneale parietale, oltre ad un fibromioma uterino interstiziale, del volume di un arancio.

Nel quinto caso si trattava di una grossissima cisti suppurata, occupante tutto l'addome, ed impiantata con ogni probabilità primitivamente all'ilo della milza.

In fine nel sesto esistevano cisti multiple al lobo sinistro del fegato, alla fossa iliaca destra, nella pelvi e nel setto retto-vaginale. Alla puntura esplorativa da quest'ultima venne estratto liquido acquoso, limpidissimo, contenente tipici protoscolici vivi.

Quest'ultimo caso, data la molteplicità delle localizzazioni, venne passato per l'intervento alla Clinica Chirurgica.

Gli altri 5 vennero trattati operativamente dall'A., in 4 di essi colla esportazione totale della cisti, e nel quinto colla sua resezione e marsupializzazione, essendo riuscita impossibile l'enucleazione completa.

In un caso venne associata l'isterectomia subtotale per fibroma dell'utero, ed in un altro la resezione e la sutura della cupola vescicale.

In tutti i casi seguì guarigione completa.

Sopra un reperto isto-patologico relativo al ganglio ciliare in casi di cosidedtta " encefalite letargica „ (con presentazione di preparati).

G. SALA. — Dopo aver brevemente ricordato i suoi studî precedenti riguardanti la fine struttura del ganglio ciliare, sia dal punto di vista normale, che da quello patologico, richiama l'attenzione della Società sopra certe interessanti alterazioni riscontrate in alcuni elementi cellulari di detto ganglio in casi di «encefalite letargica».

Il materiale anatomo-patologico apparteneva ad individui che erano stati osservati e studiati dall'O. nella Clinica Medica di Pavia, diretta dal chiarissimo prof. Zoja. Gli individui, ai quali appartenevano i gangli, oggetto di tali ricerche, avevano tra l'altro presentato, durante il corso della grave malattia, disturbi pupillari evidenti: anisocoria e torpore nelle reazioni alla luce ed all'accomodazione.

I gangli, studiati col noto metodo di Caial, offrono una speciale alterazione limitata però a pochi elementi cellulari. Trattasi di un processo che conduce in ultima analisi ad una disgregazione dei prolungamenti e del corpo cellulare, il quale, perduta la sua struttura caratteristica, appare quasi in totalità trasformato in un accumulo di corpicciuoli rotondeggianti fortemente riducenti il sale d'argento e sulla cui natura (pigmento? lipoidi?) l'O. non è ancora in grado di potersi pronunciare in modo sicuro.

L'O. illustra la comunicazione colla presentazione di preparati e di disegni.

Osservazioni e considerazioni sulla cosiddetta " encefalite letargica „ con particolare riguardo ad alcuni postumi.

A. GASBARRINI e G. SALA. — A proposito di un rilevante numero di casi di cosiddetta encefalite letargica studiati nella Clinica Medica di Pavia, riferiscono dettagliatamente riguardo agli svariati disturbi cinetici osservati in detti infermi. Si intrattengono quindi sui fenomeni mioclonici riscontrati nei varî periodi della malattia e richiamano in particolar modo l'attenzione sopra alcuni interessanti postumi a distanza riferibili indubbiamente a lesioni circoscritte del midollo e delle radici (ipotrofie e turbe delle varie sensibilità).

Non ritengono poi opportuna nè giustificata la tendenza di voler distinguere, come si vorrebbe da parte di alcuni Autori, sindromi speciali basate unicamente su qualche sintomo isolato, che rientra nel quadro generale dell'encefalite ed è solo espressione di una determinata localizzazione del processo morboso.

Sulla cura dei gozzi cistici con iniezioni jodiche.

G. MASNATA. — Riferisce su due casi di gozzi cistici curati con iniezioni di soluzione jodo-jodurata (Durante al 3 %) e di tintura di jodio. Ebbe guarigione completa e duratura.

Un caso di actinomicosi del collo a tipo emorragico curato e guarito con iniezioni parenchimatose di soluzioni jodo-jodurate.

G. MASNATA. — L'O. riferisce di un caso di actinomicosi del collo che ebbe origine a livello della mascella inferiore di sinistra e si propagò poi sulla faccia laterale sinistra del collo fino allo Jugulum. La malattia ebbe come sintoma caratteristico la produzione di varî focolai prevalentemente ematici. Il fungo venne riscontrato all'esame microscopico.

La cura venne instituita distruggendo le granulazioni actinomicotiche col liquido fluidificante di Calot (naftolo canforato) ed adoperando poi iniezioni parenchimatose di etere iodoformizzato prima, e di soluzione jodo-jodurata (Durante al 3 %) dopo. Venne prescritto contemporaneamente l'uso interno di joduro di potassio alla dose di 3 grammi *pro die*.

La guarigione si ottenne in 40 giorni circa: essa fu definitiva. Non rimase nel collo alcuna traccia del male.

L'O. raccomanda vivamente questo metodo, che ha dei vantaggi notevoli sulla cura operativa, specie per la cosmesi. A. GASBARRINI.

R. Istituto Veneto di Scienze, Lettere ed Arti.

(*Adunanza ordinaria del 24 giugno 1920*).

L'osservazione radioscopica laterale nella diagnosi delle malattie dello stomaco.

A. BERTI. — L'O. sostiene la opportunità, e non di rado la necessità, di non limitarsi nell'esame radioscopico dello stomaco alla sola ordinaria osservazione frontale, ma di aggiungere l'osservazione laterale sinistra. Abituato da anni a praticare sempre l'esame nelle due posizioni successivamente, l'O. ha rilevato che, non solo l'esame laterale molte volte permette di riconoscere sotto un aspetto più completo il quadro morboso gastrico, ma qualche volta anche permette di formulare una diagnosi là dove l'alterazione sarebbe completamente sfuggita alla sola ordinaria osservazione frontale. L'O. dimostra ciò riferendo alcuni casi clinici di ulcera e di cancro così diagnosticati.

Ulteriori ricerche intorno all'azione della bile sui muscoli striati.

A. ROSSI. — L'O., continuando le ricerche intorno all'azione della bile sui muscoli striati iniziate alcuni anni or sono, dimostra:

1° Che l'aumento di tono dalla bile determinato è da riferire ai sali biliari e non ai pigmenti;

2° Che la bile, oltre ad aumento del tono, determina oscillazioni dello stesso, analoghe a quelle che si ottengono mediante la veratrina;

3° Che la bile modifica i caratteri della scossa muscolare determinando maggior durata della stessa (specie del periodo espansorio) e rapida scomparsa delle onde di elasticità. Egli interpreta tale scomparsa come dovuta all'intervento di un fattore attivo che modifica l'azione della elasticità muscolare, fattore attivo che crede identificare colla contrazione del sarcoplasma dalla bile determinata.

I risultati di queste ricerche confermano il concetto secondo il quale la bile costituisce uno stimolo specifico del sarcoplasma.

A. DIAN.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

SEMEIOTICA E CASISTICA.

Il segno o manovra della gamba.

Un altro segno che dovrebbe servire a differenziare le emiplegie organiche da quelle funzionali, viene descritto da Lereboullet (*Journal des Praticiens*, 1920, n. 7): esso devesi a Barré di Strasburgo.

Si invita il malato, che stia sdraiato a mantenere le gambe flesse ad angolo retto sulle coscie: dopo un certo tempo una gamba tende ad abbassarsi, malgrado gli sforzi del malato. Ciò dimostra che i muscoli flessori, pure essendo contratti, sono più deboli. La gamba sana, invece, può mantenere a lungo la sua posizione.

Tale segno oltre che nel modo descritto, può anche eseguirsi, facendo eseguire una flessione forzata, che sarà più accentuata dal lato sano che da quello ammalato, e studiando la resistenza alla deflessione.

La manovra è positiva in tutti i casi di paralisi o paresi organiche, per disturbi del fascio motore volontario (piramidale), in quanto che i flesori partecipano alla paralisi più che gli estensori. Nel simulatore non si nota contrattura nel momento che la gamba cade.

Questo segno è spesso associato ad altri, ma talvolta trovasi predominante o isolato ed ha in tali casi notevole valore. *r. s.*

Diagnosi differenziale fra varici e sciatica.

G. Alexander (*Berl. Klin. Wochenschrift*, 1919, n. 11), appoggiandosi su dati anatomici e clinici esclude che le varici possano contribuire alla eziologia della sciatica. La sintomatologia può invece talvolta presentare qualche analogia con quella della sciatica; l'A. raccoglie in questa tabella i dati per la diagnosi differenziale.

	VARICI.	SCIATICA.
Anamnesi:		
Sesso.	Preferite le donne (gravidanza, ecc.).	Preferiti gli uomini (trauma raffreddamento).
Professione.	Seduta (cucitrici, ecc.), in piedi (cuoche, stiratrici, ecc.).	Lavori gravi (sollevar pesi, stare in posizione inchinata, ecc.), all'aperto (raffreddamento, bagnature).
Predisposizione.	Gravidanza. Stasi sanguigna per vizi cardiaci, cifoscoliosi. Infezioni.	Alcool, nicotina, arteriosclerosi, infezioni, intossicazioni.
Dolori - Sede:	Prima al piede, poi al polpaccio, alla parte interna della coscia (territorio della vena safena), solo più tardi alla natica.	Prima alla natica od al sacro, più tardi eventualmente al polpaccio ed al piede.
Qualità:	Non molto forti, per lo più soltanto senso di stanchezza, tensione, pesantezza all'arto inferiore, ad inizio graduale. Soltanto tardivamente veri dolori, determinati da spasmi muscolari (anche ai glutei).	Ad inizio più o meno acuto, molto dolorosi. Più tardi anche senso di stanchezza (per atrofia muscolare).
Tempo:	Nel camminar lentamente, nella posizione eretta, negli sforzi.	Idem.
	Migliorano nella deambulazione rapida e nel salire le scale.	Peggiorano.
	Cessano nella posizione elevata, e perciò non vi sono dolori alla notte.	Aumentano nella posizione elevata (Lasègue), per lo più dolori molto forti la notte.
	I movimenti in posizione coricata non sono dolorosi.	Dolorosi.
	Dolori soltanto qualche tempo dopo alzato.	Subito dopo alzato.
Reperto:	Ectasie venose visibili e palpabili, specialmente al cavo popliteo (esaminare in piedi). Da principio possono anche mancare. Edemi ai malleoli la sera.	Fenomeni nevritici (riflesso Achilleo, sensibilità, atrofia, alterazioni elettriche). Posizione inchinata. Scoliosi.
	Dolorabilità alla pressione della parete delle vene.	Punti dolorosi alla pressione sul tronco nervoso e sui muscoli glutei (possono anche mancare).
	Lasègue negativo; il tentativo attenua i disturbi.	Lasègue per lo più positivo.
Trattamento:	I sedativi, il calore, l'elettricità non hanno azione.	Per lo più giovano.
	La posizione elevata giova subito.	Non giova; non viene tollerata.
	Le fasciature, la calza elastica giovano.	Non giovano.

fil.

Ipersecrezione ceruminosa dal lato colpito in 4 casi di sindrome simpatico-cervicale paralitico.

Cornil riporta nella *Gazette des Hôpitaux* (n. 32, 30 marzo 1920) alcune osservazioni fatte su numerosi feriti con sindrome di Claude-Bernard-Horner unilaterale per lesione diretta del simpatico cervicale; egli notò la comparsa di una diminuzione netta della facoltà uditiva dal lato colpito. L'esame otologico dimostrava la presenza di un voluminoso tappo di cerume solo dal lato colpito, onde si poteva pensare ad una vera e propria ipersecrezione delle ghiandole sebacee del condotto uditivo corrispondente al lato della sindrome simpatica. Nei 4 casi riportati dall'A. la sindrome simpatica era nettamente caratterizzata dai segni oculari classici (enoftalmo, diminuzione della rima palpebrale, miosi) che in tre casi si accompagnavano ad aumento dell'indice oscillometrico dell'arto superiore del lato colpito. Inoltre in un caso si aveva anche lacrimazione abbondante nonostante perfettamente permeabili fossero le vie oculo-nasali. Il simpatico cervicale ha azione inibitoria sulla secrezione delle ghiandole sebacee, onde anche nei casi riportati, la produzione di abnorme, quantità di cerume dal lato colpito dalla sindrome simpatica può essere determinato dalla mancanza dell'inibizione del simpatico cervicale paralizzato.

TRE.

Emi-anidrosi ed emi-iperidrosi spinali nella sindrome del Brown-Séquard.

Da esperimenti fatti sull'unilateralità e sull'omolateralità dell'innervazione sudorale spinale (*La Riforma Medica*, n. 20, 1920; *Rivista Critica di Clinica Medica*, n. 13, 1920) il prof. G. A. Pari giunge alle seguenti conclusioni:

che l'emisezione del midollo dà, al disotto, emi-anidrosi dallo stesso lato quando si provochi la sudazione con l'eccitazione del centro cerebrale;

che essa può dare sudazione unilaterale dallo stesso lato agendo come stimolo meccanico;

che questi risultati sperimentali nell'animale depongono per l'innervazione spinale unilaterale ed omolaterale della secrezione del sudore;

che lo studio della sudazione termica ed asfittica ci dà, riguardo all'unilateralità ed all'omolateralità dell'innervazione sudorale spinale, risultati meno evidenti degli esperimenti precedenti, perchè in questo caso la secrezione sudorale avviene per stimolazione di centri midollari sottostanti alla lesione, l'eccitabilità dei quali può esser soppressa o conservata od anche aumentata (emi-anidrosi, secrezione normale, emi-iperidrosi).

Dati questi risultati sperimentali appare chiaro che anche in clinica nelle lesioni unilaterali del midollo si ha talora anidrosi o iperidrosi dallo stesso lato al disotto della lesione come è dimostrato da un caso di siringomielia descritto dal Targowla, da altri casi di siringomielia descritti dal Bernhardt, dal Seeligmueller, dal Goldoschinnedt.

L'Herhold, il Mann descrivono anche casi clinici nei quali la secrezione sudorale termica manca od è scarsa al disotto del livello ove il midollo è leso, dal lato della lesione midollare; d'altra parte vi sono casi clinici descritti dallo Schlesinger, Hoffmann) in cui al disotto della lesione midollare unilaterale si ha dallo stesso lato sudazione isolata (efidrosi) od iperidrosi.

Bechterew, Strümpell, Adler ed altri descrivono casi di sindrome più o meno completa del Brow-Séquard in cui l'efidrosi o l'iperidrosi è dallo stesso lato della lesione midollare unilaterale.

Contributo notevole nell'interpretazione di casi clinici più complessi dei precedenti apporta lo studio di un caso capitato sotto l'osservazione dell'A., nel quale dopo una lesione unilaterale del midollo (rivelata anche qui dalla sintomatologia motoria e sensitiva) si ebbe in un primo periodo secrezione sudorale maggiore dal lato della lesione ed in un altro periodo successivo secrezione maggiore nell'altra metà: nei primi tempi cioè si ebbe la secrezione sudorale dal lato della lesione per irritazione locale degli elementi sudorali nella metà del midollo lesa: a distanza di tempo, cessata l'irritazione locale, subentra una minor sudazione dal lato della lesione perchè gli elementi sudorali da questo lato rimangono meno atti a rispondere alle eccitazioni sudorali (termiche).

MONT.

Ipertensione ed ipotensione.

G. Galeotti espone nella *Riforma Medica* (pagina 168, 1920) i risultati ottenuti dalla misurazione della pressione in 2000 candidati all'aviazione.

Anzitutto ricorda che i dati forniti dalla misura della pressione sanguigna hanno la più grande importanza per giudicare dello stato del cuore, dei vasi, degli organi più vascolarizzati e della costituzione del sangue in quanto come è noto i fattori da cui dipendono le variazioni della pressione stessa sono:

1° La forza del cuore;

2° La quantità totale del sangue;

3° Gli ostacoli e gli attriti del circolo periferico.

La maggior parte dei giovani esaminati dall'A. ha dato pressioni massime fra 135 e 140

mm. di Hg. e pressioni minime fra 75 e 80 mm. di Hg.

Rari sono stati i casi di pressioni molto basse: spesso si sono avuti stati ipertensivi.

Ipertensione. — Basandosi sui risultati indicati dall'oscillometro del Pachon possono distinguersi casi di:

a) Aumento della tensione differenziale (legati a condizioni che aumentano la forza del cuore come il lavoro muscolare eccessivo, gli eccitanti, la ipertrofia cardiaca);

b) Aumento della tensione minima e diminuzione della pressione differenziale (negli individui ipertesi con iposistolia, come, per es., nei nefritici in grave stato, in pletorico-venosi, in stati di ipertensione portale);

c) Aumento della pressione minima e della pressione massima (sono questi i casi più frequenti).

Dal punto di vista patogenetico le ipertensioni possono distinguersi in:

a) Ipertensioni di origine sanguigna (e questi individui sono predisposti alle malattie del ricambio, alle malattie cardio-renali, all'arteriosclerosi);

b) Ipertensioni di origine vasale neurospastica (individui emotivi, talora veri psicopatici). Sono in genere ipertensioni queste instabili e sovente si presentano durante crisi parossistiche, angiospastiche, insieme con ambascia, tachicardia, poliuria, ecc. In tale categoria rientrano le ipertensioni da esagerata attività del sistema cromaffine;

c) Ipertensioni di origine arteriosclerotica. Sono le più frequenti e la ragione è evidente quando si pensi alla diminuzione della elasticità delle pareti arteriose ed al rimpicciolimento del lume vasale, alterazioni diretta conseguenza dell'arteriosclerosi.

d) Ipertensioni di origine renale (le più alte ipertensioni sono state osservate nelle nefriti interstiziali);

e) Ipertensioni per ostacoli muscolari nei polmoni (sclerosi, enfisema, stasi mitralica).

Ipotensione. — D'importanza minore; dipende:

a) Da debolezza del cuore (ipocinesi);

b) Da estesa vasodilatazione periferica;

c) Da diminuzione della quantità totale del sangue (oligoemia) o, più raramente, da diminuzione della viscosità del sangue (idroemia).

In genere sono diminuiti tutti e tre i valori della pressione, cioè: tensione massima, tensione minima, tensione differenziale; ed i valori variano da 110 a 80 mm. per la pressione massima e da 60 a 50 mm. per la pressione minima.

MONT.

TERAPIA.

L'inefficacia degli unguenti al calomelano nel trattamento della sifilide.

Recentemente è stato consigliato da qualche autore (Wile, Elliott, Chamberg, ecc.) di sostituire l'unguento grigio con il calomelano per le frizioni mercuriali nella sifilide.

Risulta invece da ricerche di Cole e Littman (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, 8 novembre 1919) che le frizioni con il calomelano sono quasi completamente inefficaci contro la sifilide primaria e secondaria.

Raramente si provoca con esse salivazione o gengivite, ciò che sta ad indicare uno scarso assorbimento. Talvolta si produce invece dermatite.

Questi fatti debbono consigliare di non ricorrere affatto alle frizioni di calomelano nel trattamento della sifilide.

fil.

L'irradiazione di glandole cervicali tubercolose.

La cura della tubercolosi glandolare coi raggi Röntgen è raccomandata dal Kneier, (*Berl. Klin. Wochenschr.*, n. 21, 1920). I risultati sarebbero specialmente favorevoli per le glandole iperplastiche, che regredirebbero già dopo due, tre irradiazioni. Per guarire le glandole già caseificate, sono necessarie invece 6-8 irradiazioni. Non risentono vantaggio alcuno dalla cura coi raggi Röntgen, le glandole nelle quali sia avvenuta un'abbondante proliferazione connettivale (dure alla palpazione) perchè il tessuto fibroso è d'ostacolo alla penetrazione dei raggi.

Le singole irradiazioni si fanno ad intervalli regolari di quattro settimane. Se esistono fistole, le aperture di esse vanno ricoperte durante l'irradiazione con una piastra di piombo. L'A., non ha mai osservato effetti nocivi del trattamento delle glandole tubercolose coi raggi Röntgen.

POL.

La cura del reumatismo articolare acuto con iniezioni endovenose di urotropina.

F. DEUTSCH. (*Wien. Klin. Wochenschr.*, n. 45, 1919), osserva che l'azione antisettica esplicata dall'urotropina nell'organismo è stata finora attribuita alla trasformazione di essa in formaldeide. La maggior parte dell'urotropina ingerita, viene però eliminata inalterata dall'organismo, e la formaldeide che in piccola quantità si forma, è troppo scarsa per poter esplicare nei diversi liquidi organici un'azione antisettica. L'A., mescolando delle soluzioni di urotropina a brodoculture di germi diversi, evitando con cura ogni formazione di formaldeide, trovò che l'urotropina ha azione legger-

mente disinfettante. Essa inibisce lo sviluppo dei germi e nell'organismo prepara forse in tal modo il terreno per l'azione della formaldeide che in piccola quantità se ne formerà.

A ciò è però necessaria la somministrazione di dosi elevate di urotropina, quali difficilmente verrebbero sopportate dallo stomaco. L'A. è perciò ricorso alle iniezioni endovenose di urotropina.

Nella cura del reumatismo articolare acuto tale metodo di cura si è dimostrato ottimo. Esso non è però in grado di impedire le localizzazioni endocardiche. Agli ammalati si iniettano giornalmente nelle vene 20 c.cm. di soluzione fisiologica contenente il 30 % di urotropina. Le iniezioni vanno continuate fino alla scomparsa delle manifestazioni morbose (se però, dopo scomparsi gli altri sintomi, la sola febbre persiste, è utile l'interruzione della cura, ciò che porta molto spesso alla rapida scomparsa della febbre). Di solito si raggiunge lo scopo desiderato con 6-15, in media 7 iniezioni. L'eliminazione dell'urotropina (e della formaldeide) coll'urina può provocare irritazioni vescicali e cistiti, che di solito si manifestano verso la fine della cura; ma sono disturbi di poca entità.

POL.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

La pluralità dei germi sifilitici

L'osservazione della differente evoluzione della sifilide in diversi individui ha condotto C. Levaditi e A. Marie (*Annales de l'Inst. Pasteur*, nov. 1919) a ricercare se ciò non fosse dovuto, anzichè a differenze nel terreno, a diversità del virus. Questo, cioè, sarebbe da suddividersi in *due varietà*: l'una, a tendenza *dermotropa*, darebbe particolarmente i fenomeni cutanei; l'altra, *neurotropa*, esplicherebbe la sua azione particolarmente sui centri nervosi, dando le diverse forme parasifilitiche (tabe, demenza paralitica, ecc.).

Di questa ipotesi gli AA. riportano prove cliniche e sperimentali. Le prime riguardano donne che ai loro amanti successivi hanno trasmesso la sifilide, terminata costantemente con demenza paralitica: fra queste una che ha trasmesso tale forma a cinque individui, che morirono da 3 a 17 anni dopo l'infezione; si dovrebbe quindi ammettere la tendenza particolare di quel determinato virus a localizzarsi sui centri nervosi.

Da ricerche sperimentali risulterebbe inoltre che le due varietà differiscono: *a*) per la durata di incubazione, che è di sei settimane per la varietà dermotropa, di almeno quattro mesi per quella neurotropa; *b*) per l'aspetto delle lesioni, che sono più superficiali e ad aspetto meno indurato nella forma neurotropa; *c*) per la virulenza: il virus dermotropo, dopo numerosi passaggi sul coniglio, rimane patogeno per la scimmia: quello neurotropo, invece esaurisce la virulenza per la scimmia dopo un solo passaggio sul coniglio. Le stesse differenze si hanno nell'uomo: un individuo, assoggettatosi a scarificazioni con varietà neurotropa non ebbe alcun fenomeno, nè locale, nè generale; un altro, puntosi accidentalmente col virus dermotropo, ebbe fenomeni locali e reazione di Wassermann positiva. Inoltre l'immunizzazione del coniglio contro il virus dermotropo non lo protegge da quello neurotropo.

Tali osservazioni ed ipotesi hanno riscontro del resto anche nelle febbri ricorrenti (europea, americana, africana) dovute a spirilli morfologicamente identici, nei quali però l'immunità ottenuta contro l'uno non protegge dall'altro.

L'interesse di queste ricerche, di cui gli AA. annunziano la continuazione, non è solo teorico, ma anche pratico, facendo forse prevedere un nuovo orientamento nella cura delle forme parasifilitiche.

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1180) Al dott. N. G., abb. 11992:

OUDIN e ZIMMERN: *Radiothérapie, Radiumthérapie*. Bibliothèque de thérapeutique. — Baillière, éd., Parigi.

(1181) Al dott. G. C. di S. T. di R.:

RUBINO: *Formulario terapeutico* (l'ultima edizione è uscita in questi giorni). — F. Vallardi, Milano.

GOGGIA: *Formulario ragionato di clinica medica e terapeutica*. — Idelson, Napoli.

P. COZZOLINO: *Formulario pratico ragionato di clinica pediatrica*. — Ibidem.

fil.

(1182) *Manuali per ispezione delle carni*. — All'abbonato 2882:

BRUSAFERRO: *L'igiene della carne*. — Un. Tip.-Editrice Torinese.

CELLI: *Manuale dell'Igienista*. — Ibidem.

Guida dell'Ispettore delle carni, pubblicata dall'Ufficio Sanitario svizzero. — Tip. Colombi, Bellinzona.

D'ONOFRIO: *Tecnica della conservazione degli alimenti*. — Fr. Vallardi, Milano.

fil.

(1183) *Trattati di otorinolaringojatria*. — Al dott. P. F. di S. R.:

È già stato risposto altre volte. Veda in quest'anno i fascicoli 5 (pag. 153) e 8 (pag. 1249).

r. s.

(1184) *Trattati moderni sulle malattie degli organi digerenti.* — Al dott. G. R. T. di R.:

Traité médico-chirurgical des maladies de l'estomac et de l'œsophage (Mathieu, Sencert, Tuffier, Roux, Montier). — Masson, ed., Parigi.

PRON L.: *Le traitement des maladies de l'estomac en clientèle.* — Maloine, ed., Parigi.

LEVEN G.: *L'aérophagie.* — O. Din, Parigi.

SCHMIDT: *Malattie intestinali.* — Società Editrice Libraria, Milano.

ZWEIG W: *Diagnose und Therapie der Magen- und Darmkrankheiten.* II edizione. — Urban e Schwarzenberg, ed., Vienna e Berlino.

COLEMAN KEMP: *Stomach, intestine, pancreas.* III ed. — Saunders, ed., Londra.

fil.

(1185) *Reazione di Boveri.* — All'abb. 11118: È stato risposto a pag. 1047 del 1919.

r. s.

CENNI BIBLIOGRAFICI

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

E. ALBERT-WEIL: *Éléments de Radiologie.* II edizione, con 552 figure. — Félix Alcan, editore, Parigi, 1920. — Prezzo franchi 40, aum. 10 %.

In questi ultimi anni grande favore presso il pubblico medico hanno ottenuto i nuovi trattati di Radiologia.

L'indagine radiologica è riconosciuta oramai un ausilio prezioso per la diagnostica clinica; l'uso dei raggi X un elemento di terapia il quale vanta già successi non indifferenti, ricco di generose promesse. Un medico moderno, anche se non voglia *ex professo* dedicarsi a ricerche radiologiche, non può nè deve ignorare i continui progressi che gli offrono armi preziose nell'esercizio professionale.

La prima edizione del libro di Weil comparsa nel 1913 è stata rapidamente esaurita; e compare ora la 2ª edizione accuratamente riveduta e completata. Al bisogno della classe medica in generale, ai bisogni particolari di giovani che vogliono in modo speciale dedicare le loro attività alla branca radiologica corrisponde per le sue qualità il libro del Weil. L'esposizione della materia non è mutata: dopo le nozioni generali sulla strumentazione e sulla tecnica, viene l'applicazione dei raggi X alla diagnostica, con particolari capitoli per tutti gli apparati e sistemi; in una terza parte diffusamente è trattata l'applicazione dei raggi X alla terapia nelle diverse accezioni.

In un volume di circa 900 pagine è rapidamente e lucidamente esposta la materia sulle basi delle più moderne vedute, delle più recenti conquiste.

L'A. stesso ricorda quanto di nuovo ha potuto aggiungere al libro: sulla natura e sugli spettri dei raggi X, dei raggi secondarî, dei tubi Coolidge, e nei vari capitoli di radiodiagnostica (cuore, polmone, tubo digestivo, ecc.) nei quali anche la guerra ci ha dato notevoli progressi. Numerose illustrazioni accompagnano il testo. Molte radiografie sono dimostrative; qualcuna, specialmente a proposito del torace, potrebbe essere riprodotta con maggiore esattezza e con maggiori dettagli.

Libro utile nell'assieme che troverà sicura, favorevole accoglienza nella classe medica.

t. p.

CORNILLIER P. E.: *La survivance de l'âme et son évolution après la mort.* Un vol in-8 di 578 pag. — Félix Alcan, ed., Parigi. — Prezzo fr. 12, più il 20 %.

Le questioni, che vanno volgarmente sotto il nome di spiritismo, erano da qualche tempo trascurate di fronte ad altre più immediatamente vitali. Riprendono invece oggi una certa voga, forse perchè offrono un porto tranquillo per rifugiarsi dalle violente burrasche che turbano il nostro *perispirito.*

Il presente volume è il resoconto di oltre un centinaio di esperienze fatte nel sonno ipnotico con un *medium*, una ragazza diciannovenne, che, secondo quanto dimostra l'A., agiva senza secondi fini e con assoluta sincerità. Per suo mezzo l'A. è messo in comunicazione con un grande Spirito, Vettellini, ed affronta i grandi problemi dell'*al di là*, della sopravvivenza dell'anima, della vita astrale, della visione nel futuro, ecc., su cui lo Spirito gli fornisce molte indicazioni, finchè un giorno gli ordina di sospendere le sedute.

Il libro sarà letto con interesse anche da chi non si occupa *ex professo* di tali questioni, tanto più per le curiose concezioni sopra tanti argomenti, di cui citeremo, p. es., l'incarnazione, che non si fa per la sola penetrazione dello spermatozoide nell'ovulo, ma è necessario che lo spirito, attirato dal coito, venga cattivato. Lo Spirito poi subisce, nello spazio di quattroseimila anni, 30 o 40 reincarnazioni successive; lo sciame degli spiriti destinato ad evolvere nella razza bianca, compirà le sue reincarnazioni durante il periodo di 25,600 anni precisi, dopo di che la razza bianca sarà scomparsa: Consoliamoci però pensando che tale disparizione non sarà imminente, poichè la caduta nel piano fisico dei primi spiriti è incominciata solo cinquemila anni fa...

fil.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE.

Sull'assicurazione statale contro le malattie.

Organizzazione dell'assistenza sanitaria.

L'assicurazione contro le malattie funziona solo mercè il servizio sanitario, il quale, come già sappiamo, può assumere due forme: limitarsi allo strettamente indispensabile per l'assegnazione degli indennizzi di malattia rivestendo prevalentemente carattere di fiscalismo e di sorveglianza, ovvero fornire anche l'assistenza sanitaria. A sua volta quest'ultima può avere una portata variamente estesa, provvedere mezzi diagnostici e trattamenti curativi complessi e specializzati, sorvegliare la convalescenza, ecc. Le assicurazioni possono andare anche oltre ed allargare la loro azione alle misure profilattiche atte a ridurre i casi di malattia ed a conservare la forza di lavoro e di produzione degli assicurati.

Si è riconosciuta l'utilità di estendere sempre più, secondo tali direttive, il campo d'azione dell'Istituto assicuratore, e ciò non soltanto per aumentare la somma dei benefizi resi agli assistiti e per l'economia generale dei servizi sanitari, ma anche a vantaggio dell'Istituto, in quanto che viene resa più agevole la vigilanza sanitaria e, limitando al minimo la frequenza e la durata delle malattie, si riduce l'onere degli indennizzi. Data l'estensione delle assicurazioni, le quali dovrebbero includere la grande maggioranza della popolazione, ne deriverebbe anche la possibilità di trasformare profondamente e di rinnovare gli attuali ordinamenti igienico-sanitari che, com'è noto, sono insufficienti e inadeguati. L'occasione si presenta propizia — osserva il Toja — per dare all'assistenza medica nazionale un assetto meglio rispondente alle esigenze attuali nei riguardi della salute pubblica.

***

Il principale difetto allo schema di legge italiano è, invece, proprio quello di non modificare essenzialmente l'attuale assistenza medica, la quale rimarrebbe quasi immutata.

Pur presentando moltissimi e incontestabili pregi, esso non riconosce i profondi cambiamenti che i progressi delle discipline sanitarie hanno determinato nell'esame e nella cura dei malati, non tien conto della straordinaria specializzazione prodottasi e della necessità di mettere a contributo competenze molteplici e svariate: metodi di laboratorio precisi e complessi, specializzazioni cliniche, ecc.

Nella stessa pratica comune, il medico curante si vale sempre più del concorso di colleghi specializzati: consiglia l'esame dell'espettorato, del sangue, dell'urina, del liquido cefalo-rachidiano, degli essudati e trasudati, l'esame roentgenologico, la bioscopia, ecc., eseguiti da competenti e retribuiti a parte; propone ed esegue i «consulti» con colleghi provetti, ecc.

Spesso è il malato che — se le sue risorse economiche glielo consentono — chiede successivamente i lumi di vari medici, generici e specialisti; e, per quanto non siano organizzati i rapporti professionali tra i medici interpellati, egli ne trae un beneficio — o ne ha l'illusione. Salvo per i medici troppo formalisti, impigliati tra gli articoli dei codici deontologici i quali vietano le visite al domicilio del paziente ad insaputa del curante (disposizione che pregiudica i malati ed è di scarso e dubbio benefizio alla famiglia sanitaria), generalmente il medico non ricusa di portare il suo ausilio al malato che lo invoca: ne risulta una specie di cooperazione tra più medici, per quanto mal regolata.

Pur troppo, da questa consuetudine nascono molti difetti, imputabili alla mancanza d'ogni organizzazione: confusione nella mente del malato e aumento talvolta notevole di spese, perdita di tempo per i medici e limitazione della loro cooperazione, efficienza generale ridotta.

L'organizzazione dei servizi sanitari moderni è troppo al disopra delle risorse dei medici isolati, per quanto provetti, anche se coadiuvati da esami speciali e da qualche consulto, o se chiamati successivamente, senza regola, ad esaminare uno stesso malato.

Gli ospedali e gl'istituti clinici invece vi provvedono bene, se non sempre in modo ineccepibile: risparmiano il tempo che il medico sciuperebbe a correre da un malato all'altro, rendono regolari e semplici i rapporti tra i medici, in quanto che organizzano il concorso degli specialisti e dei tecnici di laboratorio, la cui opera, collaterale e sussidiaria a quella clinica, è però indispensabile, profittano di tutte le risorse: in una parola, offrono un'assistenza modello.

Anche in alcune poliambulanze e dispensari questa organizzazione è razionalmente elaborata.

Gli ospedali e le cliniche andrebbero destinati in prevalenza ai casi gravi e difficili, i dispensari e le poliambulanze ai casi miti;

corrisponderebbero, rispettivamente, alle visite fatte al domicilio del paziente confinato in letto, ed a quelle fatte presso il domicilio del medico: la loro diffusione comporterebbe una utile divisione del lavoro.

* * *

Le assicurazioni dovrebbero essere in grado di fornire l'opera del medico più perfezionata e progredita, imprimendo un poderoso impulso a queste istituzioni fondamentali dell'assistenza medica a base collaborazionista; per lo meno, dovrebbero prevederne lo sviluppo, consentirlo, secondarlo, promuoverlo. Invece nè il sistema inglese, nè quello tedesco organizzano il servizio medico molto al di là dello stadio individualistico della pratica privata.

Non solo, ma le assicurazioni non impiegano neppure i medici più provetti: le migliori competenze professionali restano escluse, in grande maggioranza, dall'ambito delle assicurazioni. Nell'insieme dunque queste non portano ad accrescere in modo notevole l'efficienza dei servizi medici resi ai beneficiari.

Il progetto italiano è calcato sulla stessa falsariga delle leggi straniere, mentre avremmo dovuto profittare dell'esperienza estera per fare meglio. Anche nel progetto italiano l'assistenza medica rimane essenzialmente individualista, come lo è oggi nella condotta: il medico italiano delle assicurazioni — sia esso di zona o libero esercente — dovrebbe ancora, come il medico condotto, essere *bon à tout faire*, essere un medico *omnibus*.

* * *

Eppure sono abbastanza conosciuti i difetti gravissimi dell'assistenza medica di condotta, in specie per le malattie oscure o gravi o che esigono un lungo trattamento. Dice Fraccari: «L'assistenza a domicilio del povero è quanto di più anacronistico si possa immaginare». E Fornasari: «L'assistenza medica a mezzo della condotta come è oggi non è più tollerabile». «La cura a domicilio per troppi abitanti di città e per quasi tutti gli abitanti di campagna non è e non può essere la più indicata per ridare sollecitamente il lavoratore al lavoro; non solo, ma si tenga presente che nella maggior parte dei casi il lavoratore malato, oltre alle sue, sottrae al lavoro altre due braccia, quelle della persona che l'assiste». È stato anche opportunamente rilevato che l'assistenza medica a domicilio sembra rimasta com'era ai tempi del medio evo. Il campo d'azione è lo stesso, ossia l'infermo nel suo domicilio, che è spesso il tugurio squallido, talvolta la capanna, talvolta la stalla; ed i mezzi di cura... sono sempre la ricetta e la busta chirurgica.

Insomma, l'organizzazione dell'assistenza medica domiciliare a base individualista, si dimostra oggi manchevolissima, poichè non pone a contatto della maggioranza del pubblico i vantaggi delle conoscenze mediche contemporanee; per questo motivo l'istituto della condotta medica, quale è attualmente, può considerarsi fallito.

* * *

Eppure persiste tenacemente tra noi la tendenza a perpetuare l'individualismo dell'assistenza medica: si vorrebbe spingerlo perfino all'esagerazione.

Ce ne dà una prova Martinelli (ci duole di trovarci ancora una volta in disaccordo con questo valoroso e benemerito rappresentante di una vasta categoria di medici, ma ciò è quasi inevitabile, dal momento che egli si è occupato con impegno ed originalità del complesso problema, nel quale possono difendersi opinioni svariate e contrastanti): mentre egli preconizza un futuro incremento degli ospedali in regime assicurativo ed anzi prevede che in pochi anni sorgeranno centinaia di ospedali nuovi e si moltiplicheranno le specializzazioni, mentre aspira, quale mèta ideale, a far sì che l'assistenza ospedaliera diventi la regola e quella domiciliare l'eccezione, egli si adopera ad estendere e consolidare il regime individualista dell'assistenza sanitaria. Evidentemente, malgrado le sue espressioni verbali, il futuro assetto collaborazionista non è entrato ancora a far parte del suo sistema psichico.

Nel suo progetto per la riorganizzazione dei servizi sanitarî, i medici delle assicurazioni sarebbero tutti fiduciari dell'Istituto; come tali verrebbero reclutati tutti i medici condotti. Eliminata la libera scelta, quasi tutta la clientela rimarrebbe sottratta all'esercizio libero; quindi il lavoro dei fiduciari aumenterebbe in modo corrispondente: ne deriverebbe la necessità di restringere notevolmente l'estensione delle zone mediche, le quali prenderebbero il posto delle attuali condotte, aumentandone il numero.

I diritti economici e morali dei liberi esercenti — i quali costituiscono la metà dei medici — non verrebbero presi in considerazione, mentre sarebbero salvaguardati quelli dei medici condotti, a favore dei quali milita, come fa osservare Amoretti, l'organizzazione.

Ai liberi esercenti, cui verrebbe tolta quasi tutta la clientela, Martinelli offre però i posti esuberanti di medici di zona nelle campagne e la carriera sanitaria amministrativa: ad

essi verrebbe aperta la via maestra dei concorsi.

Invocando i vincoli protettori del fiduciariato, egli darebbe, dunque, via libera a tutti; invece il liberismo dei liberi esercenti dissimulerebbe dei privilegi: l'amore degli agi urbani, le clientele personali, ecc.

Nell'insieme egli vorrebbe sloggiare molti colleghi dalla « comoda nicchia » di città e spingerli nelle campagne, in quanto che nelle città si riscontra un'esuberanza inammissibile ed assurda di medici, i quali non rendono quanto potrebbero, mentre nelle campagne è più sentito il bisogno dell'opera loro e troverebbero condizioni più decorose e più soddisfacenti, restando sottratti alle angosce dell'accanita lotta per l'esistenza in un campo troppo ristretto.

Questo richiamo di medici verso le campagne determinerebbe — è chiaro — un ulteriore sviluppo dell'attuale sistema individualista dell'assistenza medica e perpetuerebbe la deplorata pratica di condotta, non solo, ma la peggiorerebbe poichè molti medici rimarrebbero sottratti all'esercizio libero per essere assimilati agli attuali condotti.

Secondo noi bisognerebbe ottenere, invece, il risultato esattamente contrario: provocare un drenaggio di medici dalle campagne nelle città piccole e grandi, per dare incremento all'assistenza medica negli istituti ospedalieri e clinici, nei dispensari e nelle poliambulanze.

Consentita la libera scelta dei medici, non sarebbe più necessario di modificare l'attuale estensione delle condotte: le nuove zone potrebbero coprire, all'incirca, le condotte attuali e i medici di zona sarebbero più che sufficienti ad adempiere i compiti ridotti loro affidati in un avvenire più o meno prossimo: in concorrenza coi liberi esercenti, limitarsi a curare le forme lievi, a fare opera di smistamento per le forme gravi, di più essere presenti per il pronto soccorso, ecc. Per tutte le diagnosi delicate, per tutte le cure specializzate, i malati andrebbero diretti nelle piccole e grandi città, presso istituzioni sanitarie adatte.

***

È specialmente agli ospedali che converrebbe imprimere impulso: intendiamo gli ospedali in senso lato, cioè non soltanto quelli generici, ma anche quelli specializzati, maternità, pedocomi, sanatorî (i soli che abbiano avuto notevole sviluppo in Germania e che tendano ad averlo in Inghilterra), manicomi, convalescenziari, ecc., integrati da ospizi per cronici, per invalidi, per vecchi, per ciechi, ecc., i quali rientrano piuttosto nell'orbita dell'assicurazione invalidità e vecchiaia.

Naturalmente non si tratterebbe di valersi solo di ospedali grandiosi, ma anche, in larga misura, di piccoli ospedali, per es. consorziali, con camera operatoria e un chirurgo condotto o di zona, come ha proposto Lusena. Per gli ospedali sotto i 300 letti le spese generali aumentano proporzionalmente al numero dei ricoverati; ma se, come suggerisce Fornasera, non ricovereranno casi difficili e gravi, la cui assistenza non esiga troppo personale, se le pratiche amministrative verranno semplificate in modo che basti una sola persona ad esperirle, se verrà creata la responsabilità personale esclusiva, diretta, del medico prepostovi, si può ottenere che il loro funzionamento riesca economico; invece di veri ospedali, in molte località potrebbero istituirsi infermerie (comunali, di fabbrica, ecc.), destinate al pronto ricovero, alla cura dei casi lievissimi, allo smistamento.

Una difficoltà si oppone allo sviluppo degli ospedali: l'educazione e la consuetudine che portano a disertarli malgrado le attrattive di ricche installazioni. Sovratutto nei paesi a civiltà latina vige una mentalità, o piuttosto una sentimentalità, che si traduce in avversione per gli ospedali ed in attaccamento al focolaio domestico.

Questo pregiudizio deriva in gran parte dal fatto che gli ospedali sono stati finora quasi esclusivamente istituzioni caritatevoli. Per snebbiarlo gioverebbe molto la facoltà di scegliere l'ospedale, lasciata all'assicurato. Come rileva Orlandi, questa facoltà risponderebbe a principî di coerenza, se viene stabilito che anche per l'assistenza domiciliare l'assicurato possa scegliersi il medico; risponderebbe a un diritto, poichè il ricovero nell'ospedale perde, per l'assicurato, il carattere di beneficenza, ed egli si trova in condizioni analoghe a quelle di un pagante, che ha facoltà di affidarsi per l'assistenza sanitaria a chi meglio crede; si può aggiungere, infine, che essa presenta il vantaggio di determinare l'emulazione tra gli ospedali e di indurli a perfezionare l'assistenza che essi offrono. Le difficoltà della libera scelta dell'istituto ospedaliero non sarebbero insuperabili.

Come abbiamo visto, accanto agli ospedali dovrebbero sorgere poliambulanze e dispensari che, per lo più, potrebbero annettersi agli ospedali stessi: risponderebbero ai bisogni di un rilevantissimo numero di pazienti.

Anche per essi hanno corso delle prevenzioni, così tra i medici come tra i profani, inerenti alla gratuità dei servizi resi; ma nel nuovo ordinamento sanitario queste prevenzioni si diraderebbero. Uno speciale sviluppo potrebbero

assumere le consultazioni ambulanti, per es. le auto-ambulanze, che hanno già fatto buona prova tra noi.

Le cliniche universitarie, oltre che all'insegnamento dei giovani ed al perfezionamento dei laureati (pur troppo questo è assai poco curato oggi in Italia), varrebbero di modello agli ospedali e alle poliambulanze, valorizzerebbero i nuovi procedimenti diagnostici e curativi e avrebbero intendimenti d'investigazione scientifica. Sarebbe consigliabile d'ingrandirle, di farne delle cliniche-ospedali, come in America ed in Inghilterra, così da accrescerne l'importanza e la capacità d'insegnamento e di studio.

***

Oltre a queste forme fondamentali, « istituzionali », si può ricorrere a mezzi sussidiari o complementari per utilizzare meglio le complesse risorse diagnostiche e curative contemporanee.

Uno di tali mezzi, sul quale avevano già richiamato l'attenzione nel primo articolo di questa serie, è preconizzato dal Davis, che si è occupato con grande competenza del problema e dal quale abbiamo attinto molti dati e considerazioni.

Si tratta di costituire dei gruppi organizzati di medici delle assicurazioni, i quali si associerebbero tra loro liberamente in forma cooperativa, con divisione del lavoro.

Le associazioni mediche così formate provvederebbero ad una razionale assistenza là dove difettano ospedali e dispensarî.

Già in parte sono state attuate in Inghilterra, essendosi consentita la costituzione di società tra due o più medici delle assicurazioni, nell'intento di provvedere collegialmente all'assistenza sanitaria degli assicurati che si rivolgono ad esse; però le iscrizioni debbono esser fatte presso ciascun medico della Società, uno dei quali assume la direzione dell'ente e la responsabilità del trattamento; non è contemplata la vera cooperazione. Comunque, si tratta di eccezioni.

Le cooperative mediche proposte dal Davis permetterebbero di sfruttare le competenze specifiche dei vari medici associati anche nei piccoli centri od in più paesi limitrofi; difatti è facile che in ogni gruppo un medico sia portato di più alla chirurgia, uno sia pratico di odontoiatria, uno abile in ostetricia, uno esercitato negli esami di laboratorio, ecc.: riuscirebbe possibile, così, di predisporre e organizzare sussidi diagnostici e terapeutici più o meno bene specializzati.

Queste cooperative presenterebbero anche il vantaggio di avviare alla diffusione di poliambulanze e di ospedali.

Un'altra risorsa sussidiaria, attuata specialmente in Germania, è data dal favorire le consultazioni di due o più medici presso i varii malati: dal contatto nascono scambi d'idee, col risultato di chiarire le diagnosi oscure, di elaborare e fissare le cure più idonee.

Infine, l'assistenza medica a tipo individualista può essere migliorata facilitando gli esami diagnostici presso i laboratorî prossimiori, nonchè le cure specializzate presso gl'istituti *ad hoc*, integrando l'assistenza medica con quella infermiera domiciliare, ecc., e lasciando all'iniziativa e alla discrezione del medico curante l'adozione di tali misure.

Il compito puramente sanitario dovrebbe essere completato da quello profilattico: non si può separare la medicina curativa da quella preventiva, che dev'essere portata nella sfera del pratico generale; ma non vogliamo invadere questo campo, per non dilungarci oltre misura.

***

Se le assicurazioni avessero carattere di universalità o quasi, come noi vorremmo, la riforma dell'assistenza sanitaria a base collaborazionista, secondo le direttive qui tracciate, interesserebbe tutta la collettività: ne rimarrebbero escluse soltanto le persone abbienti, che possono provvederla per conto proprio, con i propri mezzi.

Si concepisce però che una riforma in tal senso possa aver luogo al di fuori dell'ambito delle assicurazioni, sia pure con vantaggio prevalente di queste.

È così che sta preparandosi una vasta riforma dell'assistenza sanitaria in Inghilterra, in gran parte a benefizio e col concorso delle assicurazioni.

Dopo alcune prove compiute felicemente nel Gloucestershire dal dott. J. Middleton Martin, ufficiale sanitario di quella contea, il Ministero della Salute ha interessato il Consiglio superiore per i servizi medici ed affini ad elaborare un piano completo per un servizio medico sistematizzato in tutta la Nazione, sulla stessa falsariga. Il piano, presentato in questi giorni, coincide in larga misura con la proposta del Davis, alla quale abbiamo poc'anzi accennato, salvo che esso è molto più vasto ed organico e che gli aggruppamenti medici non sarebbero più lasciati all'iniziativa libera, ma organizzati dallo Stato, su base obbligatoria. Essi vengono chiamati *centri medici;* se ne differenzierebbero tre gradi: primari, secondari e superiori. Spetterebbe loro il compito di mettere a disposizione di tutta la collettività i vantaggi del trattamento medico più efficiente.

I centri primari, numerosi e modesti, sorgerebbero in villaggi e cittadine; in genere ne fa-

rebbero parte infermerie od ospedaletti, con camera operatoria, bagni, dispensari, piccoli laboratori per analisi semplici, perfino con camera roentgenologica, ecc.; fornirebbero anche buoni alimentari, assistenza infermiera, ecc. Il servizio medico domiciliare, cioè presso il domicilio del paziente o del medico, rimarrebbe ancora alla base dell'assistenza medica; ma il progresso consisterebbe in ciò, che i centri disporrebbeo di risorse tecniche e di qualche competenza speciale, a disposizione di tutti i medici della località che vi farebbero capo; solo in linea d'eccezione, in casi di necessità, avrebbe luogo il ricovero dei pazienti nel piccolo ospedale, sotto la cura del proprio medico di fiducia; qualora si riconosca la necessità di trasferire il paziente in un centro secondario, per ottenere il parere e la cura di consulenti e di specialisti, il medico curante può mantenersi in rapporto continuo con lui, per riprenderlo in cura al ritorno. Nei centri primari si condenserebbero le attività scientifiche e professionali dei pratici delle vicinanze, ai quali verrebbe fornito un luogo di riunione e di lavoro, che li metterebbe a contatto tra loro ed occasionalmente coi consulenti e specialisti che vi accederebbero, a intervalli determinati od a richiesta, dai centri secondari..

Non tutti i centri primari si conformerebbero ad un tipo; per lo più dotati di molta autonomia, alle volte sarebbero alla dipendenza diretta dei centri secondarî.

Questi verrebbero costituiti nelle città; il nucleo ne sarebbe dato da ospedali, con un ricco corpo di sanitarî, compresi numerosi specialisti; coordinerebbero parecchi centri minori; avrebbero prevalentemente carattere di consulenza per i casi diagnosticamente difficili, e fornirebbero le cure che richiedono un attrezzamento specializzato; i pazienti potrebbero esservi ospedalizzati o trattati ambulatoriamente, sotto la responsabilità esclusiva dei medici addettivi, ma mantenendosi a contatto con il proprio medico di fiducia, che poi li riprenderebbe in cura. I consulenti e gli specialisti farebbero visite periodiche ai centri primari e visite d'urgenza così ai centri primari come a domicilio dei pazienti, con la cooperazione e l'assistenza del medico curante. — Notiamo incidentalmente che la relazione al Ministero di Sanità esclude, per i medici dei centri secondari, la retribuzione a stipendio fisso salvo per quelli di laboratorio e per i dirigenti dell'amministrazione, i quali non vengono a contatto col pubblico: l'opera clinica — osserva la relazione — è troppo individuale, richiede confidenza, è vitale per il trattamento: quindi è consigliabile l'*associazione volontaria medico-paziente* (è quanto dire la libera scelta) che stimola il medico ad eccellere: il pagamento fisso, col suo meccanicismo, tenderebbe a scoraggiare l'iniziativa, a diminuire il senso di responsabilità e ad incoraggiare la mediocrità. È questa un'autorevole conferma di vedute da noi già espresse.

Infine, i centri superiori o di complemento sarebbero dati dagli ospedali insegnanti, corrispondenti alle nostre cliniche salvo la maggiore ampiezza; verrebbero riservati loro i casi oltremodo difficili, inviativi così dai centri secondari come da quelli primari; sarebbero permeati d'influenza accademica, animati da spirito di investigazione e di progresso.

I centri sanitari dei tre gradi verrebbero collegati tra loro in modo da poter lavorare all'unisono. Si assegnerebbero loro anche compiti preventivi. Starebbero in rapporto con dispensarî e sanatorî antitubercolari, servizi celtici, servizi odontoiatrici, maternità, istituti per la tutela dell'infanzia, istituti per l'educazione fisica, uffici sanitari, ecc.

Il pratico generico formerebbe la chiave di vôlta dell'intero edifizio; egli farebbe da intermediario tra il pubblico, i centri medici e le varie istituzioni generali e speciali menzionate.

Si spera, così, di mettere a portata di ogni paziente i progressi della scienza e le risorse costose e complicate necessarie per la loro applicazione, di porre i pratici generali meglio in rapporto tra loro e con gli ospedali, di allargare gli scopi dei servizi medici.

Verrebbero costituiti, inoltre, per i vari centri, dei corpi sanitari corrispondenti in parte ai nostri ordini; essi rappresenterebbero la professione medica, avrebbero compiti organizzatori e disciplinari e, di più, assisterebbero le autorità nei provvedimenti igienico-sanitari.

Il progetto è destinato più che altro a tracciare una via: sorpassa i bisogni immediati e mira lontano. Verrà certo adottato in parte, sia pure modificandolo. Alcune proposte potranno essere visionarie; ma altre saranno realizzabili col tempo; del resto lo stesso Consiglio che lo ha elaborato non ne raccomanda la realizzazione in blocco: si andrebbe incontro a troppe difficoltà.

In specie i centri primari, che costituiscono una parte essenziale del piano, potranno essere creati subito, con poco dispendio, e così alleviare i grandi ospedali, il cui incremento e la cui riorganizzazione su basi vaste sarebbero opera assai più ardua.

L'adozione della riforma riuscirebbe oltremodo onerosa per le finanze pubbliche; ma le assicurazioni la rendono attuabile fornendo in larga misura le risorse necessarie; solo in parte si farebbe assegnamento anche sulle quote dei non assicurati.

La riforma concerne dunque, in prevalenza, le assicurazioni, pure investendo tutta la collettività.

Anche negli Stati Uniti sono stati recentemente proposti dei centri sanitari; un progetto di legge presentato da H. R. Sage e H. E. Machold li vorrebbe istituire subito nello Stato di New York.

In fondo, essi sono una derivazione della concezione avanzata, negli Stati Uniti, del Davis; ma non costituirebbero più una dipendenza delle assicurazioni, anzi tenderebbero a divenirne un sostituto. Apparterrebbero ad un solo tipo; provvederebbero ad erigere ed a mantenere ospedali, ambulatori, laboratori diagnostici ausiliari di quelli statali, all'assistenza ostetrica, all'allevamento infantile, alle ispezioni sanitarie scolastiche, all'assistenza infermiera domiciliare, agli esami fisici periodici di tutti gli abitanti, alla salute pubblica in genere. Verrebbero mantenuti a spese dello Stato, delle autorità locali e di una parte dei pazienti. Siccome creerebbero nei medici addettivi uno stato di dipendenza da autorità sanitarie locali, hanno sollevato varie e vivaci obbiezioni che però non ne intaccano il principio.

***

Per un'organizzazione dell'assistenza sanitaria nel senso collaborazionista, le contingenze da affrontare e le soluzioni possibili sono così multiformi, che non è certo possibile di darne più di un accenno o una traccia. In pratica sono inevitabili molte difficoltà, alcune delle quali non si prevedono neppure.

Comunque il sistema adottato per le assicurazioni contro le malattie dovrebbe essere abbastanza flessibile per ammettere gli sviluppi graduali in tal senso dei servizi medici: cioè creare dei servizi che possano crescere, espandersi, adattarsi ai bisogni nuovi.

Invece lo schema di legge italiano dedica le maggiori cure all'assistenza individualista; non riflette che in piccola parte l'evoluzione ulteriore: esso non contempla e non prevede alcune delle forme accennate, che costituiscono degli avviamenti alla forma collaborazionista e che possono considerarsene come dei succedanei: cooperative mediche e organizzazione dei consulti; non si occupa delle poliambulanze, dei dispensarî, dei laboratorî diagnostici; molto meno preconizza un accentramento dei servizi sanitari locali; si limita a considerare la sola assistenza ospedaliera.

Non solo, ma il problema ospedaliero, di per sè gravissimo, è risolto insufficientemente e in modo incompleto, come se fosse di secondaria importanza di fronte all'assistenza medica domiciliare, che, certo, deve sempre costituire la base dei servizi sanitari, ma che dovrebbe assumere uno sviluppo regressivo.

È da considerare tra l'altro, con Orlandi, che lo schema di legge crea doveri nuovi, senza mettere in grado di assolverli. Difatti gli ospedali sono oggi in numero e di potenzialità del tutto inadeguate: accorrerà dunque aumentarne il numero; ma non si potranno improvvisare, essendo necessario di studiare ed elaborare i progetti e poi procedere alla costruzione, all'arredamento, all'organizzazione dei servizi, ecc.: tutto ciò richiederà molto tempo. Occorrerebbe dunque di poter provvedere a un adeguato incremento degli ospedali prima assai che divengano disponibili le nuove risorse garantite dalla legge. All'uopo bisognerebbe, crediamo, anticipare le costruzioni, predisponendo un ingente prestito all'Istituto assicuratore che potrà poi sdebitarsene a misura delle sue disponibilità.

Abbiamo accennato soltanto a questa pregiudiziale dell'assistenza ospedaliera, quale è prospettata dallo schema di legge; ma altri problemi si presentano: p. es. — sulla gestione diretta degli ospedali e sulle convenzioni con gli ospedali esistenti o che sorgeranno; anche sull'assistenza affidata ai medici di zona e sui rapporti dell'Istituto assicuratore coi varî enti pubblici, nei riguardi dei servizi sanitari, potrebbero farsi dei rilievi.

Ma non vogliamo divagare. Abbiamo voluto fermare l'attenzione soltanto sull'indirizzo generale da imprimere all'organizzazione dei servizi sanitari nel campo assicurativo e crediamo di essere riusciti nell'intento di dimostrare che con *essi debbono evolversi dall'individualismo verso il collaborazionismo e dalla forma domiciliare verso quella istituzionale.*

9 agosto 1920. L. VERNEY.

INDICAZIONI BIBLIOGRAFICHE.

Oltre le pubblicazioni già citate negli articoli precedenti cfr.:

E. ORLANDI: *Commenti allo schema di legge proposto per l'assicurazione obbligatoria contro le malattie*: Relazione. — Padova, 1920.

E. FORNASARI DI VERCE: *Per un Istituto Nazionale delle Assicurazioni Sociali.* Bollettino Consorziale degli Ordini dei Medici della Toscana, novembre 1918.

G. LUSENA: *Il Medico di domani.* Bollettino dell'Ordine dei Medici della Provincia di Genova, 1919.

A. B. WADSWORTH: *The proposed health Centers.* New York State Journ. Medic., maggio 1920

The Organisation of the Medical Service. Editorial. The Lancet, 24 luglio 1920.

A constructive Policy of National Health. (*London Letter*). Medical Record, 3 luglio 1920.

A systematized Medical Service: a revolutionary Scheme. (*London Letter.*). Journal Americ. Medic. Assoc., 19 giugno 1920, pag. 1727.

MATHIEU et LIÉNARD: *Considérations relatives au projet de loi sur le assurances sociales.* Le Scalpel, 1920, p. 507.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

L'assistenza ai congedati malarici.

A quanto ci viene riferito, le provvide norme recentemente emanate non sortirono pienamente il loro effetto, in causa di ostacoli creati dalla rigidità del regolamento. Queste consisterebbero anzitutto nel fatto che il medico deve prescrivere, in precedenza, il fabbisogno di un mese, dei rimedi antimalarici; fabbisogno, che specialmente in paesi dove i soli malarici sono appunto i congedati, non si può conoscere nemmeno approssimativamente. Le medicine vengono poi ritirate da un incaricato, nella competente Prefettura, spesso assai lontana, col pericolo anche di non trovarle. Per rendere più sbrigative le pratiche, il dott. A. Zambler ha proposto di fornire certi determinati farmacisti di un deposito di materiale antimalarico, fornito dallo Stato, materiale, che può venir consegnato solo dietro prescrizione medica, che serve come documento di scarico.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8422) *Indennità caro-viveri.* — Dott. L. B. da S. F. — Se presta servizio in due comuni, obbligati entrambi al pagamento del caro-viveri e sempre quando non siasi, per patto contrattuale, inteso includere tale indennità nella diaria giornaliera che le si corrisponde, può ben pretendere il pagamento di essa. Però può esigere una sola indennità ripartibile fra i due comuni in proporzione delle somme che da ognuno di essi le vien data come diaria prestabilita.

Ad uno dei due comuni può inviare un elenco dei titoli che possiede.

(8424) *Medico interino - Congedo.* — Dott. C. V. da S. — Al medico interino non compete per legge il congedo. Presentandosi la necessità di assentarsi per qualche tempo dalla residenza può prendere accordi, presentando analoga istanza, al sindaco del comune.

(8425) *Spostamento nella circoscrizione delle condotte.* — Dott. F. B. da B. — Lo spostamento nella circoscrizione della condotta può sempre ed in qualunque epoca essere proposto dal comune perchè ad esso spetta migliorare sempre il servizio di assistenza sanitaria, che è di pubblico e generale interesse, prevalente sempre su quello personale del medico. Però occorre espletare la procedura tracciata dall'art. 22, capov. secondo del regolamento per la legge sanitaria, secondo cui occorre l'approvazione della G. P. A. ed il preventivo parere del Consiglio provinciale di sanità

(8426) *Aumento di stipendio.* — Dott. L. B. da V. — Ella percepisce una diaria giornaliera e non uno stipendio. Non può, quindi, aver diritto all'aumento del 30 %, il quale deve, del resto, essere accordato dal Consiglio comunale o dalla G. P. A.

(8428) *Concorso pel pòsto di medico provinciale aggiunto.* — Dott. P. L. da D. — Pel concorso al posto di medico provinciale aggiunto occorrono i seguenti documenti:

1° Atto di nascita debitamente legalizzato, dal quale risulti che il concorrente ha compiuta l'età di anni 18 e non oltrepassato quella di di 35, o quella di 40 se fu fra i combattenti;

2° Certificato di cittadinanza italiana legalizzato;

3° Certificato di buona condotta, di data anteriore a 3 mesi, legalizzato;

4° Certificato generale rilasciato dall'Ufficio del casellario giudiziario in data non anteriore a tre mesi;

5° Certificato medico legalizzato comprovante essere di sana costituzione fisica e robusta ed esente da difetti o imperfezioni fisiche;

6° Foglio di congedo;

7° Diploma originale di laurea.

I titoli che sono presi in considerazione sono:

1° Il risultato degli esami nel corso degli studi in cui fu conseguito il titolo accademico richiesto per la partecipazione al concorso;

2° Il servizio prestato nella Amministrazione della sanità e specialmente il grado di diligenza e capacità dimostrato nello adempimento dell'ufficio;

3° Gli uffici od impieghi coperti presso altre amministrazioni governative o presso altre amministrazioni provinciali o comunali che abbiano rapporto con le discipline igieniche, come pure gli incarichi e le mansioni temporanee compiute per conto delle amministrazioni suddette;

4° Le pubblicazioni relative alle discipline igieniche e in modo speciale a quelle più propriamente interessanti il posto messo a concorso, esclusi i manoscritti e le bozze di stampe;

5° Tutti gli altri che valgano a dimostrare l'attitudine speciale al posto stesso.

(8429) *Ufficiale sanitario - Caro-vivere - Disdetta.* — Dott. A. G. da P. — Dal momento che dal Prefetto ha ricevuto l'incarico di funzionare provvisoriamente da ufficiale sanitario, ha diritto alla indennità che all'uopo trovasi inscritta in bilancio. Per aver diritto al supplemento caro-viveri per i figli minori occorre che sieno conviventi, essendo tale condizione espressamente richiesta dal decreto. Non si oppone alla percezione del caro-viveri la circostanza che l'interino era nominato da solo quattro mesi e, cioè, già quando l'indennità caro-viveri era in corso. Se non è stabilito nell'atto di nomina, il termine per la disdetta può essere fissato d'accordo, uniformandosi, magari, a ciò che statuisce la legge sullo impiego privato.

(8431) *Riassunzione in servizio dopo il licenziamento - Stabilità.* — Dott. Z. da R. C. — Il medico condotto licenziato durante il periodo di prova e poi riassunto in servizio nello stesso comune con o senza interruzione congiunge al nuovo il precedente servizio agli effetti del compimento del periodo di prova. Ella, quindi, è già stabile. Bandendosi il concorso per la nomina del nuovo titolare dovrebbe impugnare il relativo deliberato con ricorso al prefetto della provincia, chiedendone l'annullamento.

Servizio medico-militare. — Al dott. L. P., Lesina: Non sono state ancora pubblicate le norme relative all'estensione della polizza di assicurazione a tutti i combattenti: non Le possiamo dire quindi se la concessione spetterà o no anche a Lei.

CONDOTTE E CONCORSI.

FRASSINORO (*Modena*). — Condotta residenziale del Capoluogo e della frazione Piandelagotti: i poveri sono circa 800. Stipendio L. 6500 lorde, più indennità cavalcatura (2500) e caro-viveri; il titolare della condotta del capoluogo è anche ufficiale sanitario (annue L. 800). I certificati di cittadinanza, penale, moralità, stato di salute e stato di famiglia debbono essere in data non antecedente ai 2 mesi. Scadenza 20 settembre.

VIAREGGIO (*Lucca*). — Medico (assistente) interino dell'Ospedale Umberto o Margherita. Nomina per un biennio, salvo esplicite riconferme. Stipendio L. 2400 lorde più vitto ed alloggio nell'ospedale. Il concorso comporta anche un esame pratico. Età massima anni 30. Documenti all'Ufficio della Congregazione di carità (Ufficio comunale). Scadenza 10 settembre.

VIRGILIO (*Mantova*). Condotta del Riparto di Pietole: 1870 abitanti. Cura gratuita per i poveri (circa 700). Stipendio L. 6750, lorde, più caroviveri, e L. 2000 fra carrozza e cavallo obbligatorii; L. 600 se l'eletto sarà ufficiale sanitario. Tre aumenti quinquennali del decimo. Scadenza 30 settembre.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il dott. Romolo Martinori, di Roma, è stato nominato cavaliere della Corona d'Italia, su proposta del presidente della C. R. I., per speciali benemerenze.

Con decreto 15 giugno il dott. Agostino Sardi — già medico condotto di Rosignano — è stato nominato cavaliere della Corona d'Italia per benemerenze durante il periodo di guerra.

Il dott. Leonardo Casolino, ajuto alla Clinica Oculistica del R. Istituto di Studii Superiori di Firenze, nel giugno scorso, ha conseguito la libera docenza in oftalmojatria e clinica oculistica. Ha trattato il tema: «L'eteroforia nelle ametropie» ed ha tenuto la lezione di prova su le «cheratiti».

Il dott. Giovanni Zanetti, di Gonzaga, ha conseguita a pieni voti, con l'approvazione del Consiglio Superiore della Pubblica Istruzione, la libera docenza in Patologia Speciale Chirurgica nella R. Università di Parma, svolgendo il tema «Ferite dei vasi». Ha tenuta la lezione di prova sulla «osteomielite».

Rettifica.

Con piacere rettifichiamo che il prof. dott. *Omero Ricci*, anzichè a Padova, è stato destinato a *Roma* per concorso speciale alla cattedra di Storia naturale del R. Istituto Tecnico.

NOTIZIE DIVERSE.

Una protesta della Croce Rossa contro le atrocità dei bolscevichi.

Il delegato del Comitato internazionale della Croce Rossa a Varsavia, Glora, ha inviato il seguente radiotelegramma al presidente della Croce Rossa russa a Mosca, Solowiew:

«Apprendiamo con orrore le crudeltà ed i massacri, che vengono commessi dall'esercito rosso a Proskurow sul personale della Croce Rossa polacca. La convenzione di Ginevra è così violata nella maniera più ignobile e più cinica: vi preghiamo di fare subito un'inchiesta veramente seria. Mettetevi sul terreno esclusivamente umanitario ed apolitico; ordinate immediatamente che simili fatti non si ripetano più».

XIII Congresso nazionale d'Idrologia, Climatologia e Terapia fisica.

Dal giorno 4 all'8 ottobre prossimo si terrà in Perugia il Congresso d'Idrologia, Climatologia e Terapia fisica, come fu stabilito nell'ultimo Congresso, tenuto a Napoli nell'anno 1912. Presidente ne è il prof. Raffaello Silvestrini. Ferve il lavoro d'organizzazione e sappiamo che vi sarà largo concorso di medici ed autorità Sanitarie. Lo scopo precipuo del Congresso è quello di cercare di mettere in valore le ricchezze naturali del nostro Paese, per nulla inferiori a quelle tanto celebrate dei Paesi stranieri.

Temi e relazioni:

1. Marfori prof. Pio (Napoli). — La composizione delle acque minerali sulfuree in rapporto all'azione terapeutica.
2. Devoto prof. Luigi (Milano). — I soggiorni invernali di alta montagna sulla neve ai fini di profilassi e di cura.
3. Vinaj prof. G. S. (Torino). — Le indispensabili organizzazioni moderne per l'insegnamento della terapia fisica.
4. Melocchi prof. Fortunato (Ramiola). — La disciplina scientifico-pratica della dietoterapia.
5. Silvestrini prof. Raffaello (Perugia). — Fonti e climi dell'Umbria.
6. Fairman dott. Edoardo (Casciana). — I Congressi di Monaco e i loro risultati.
7. Gasperini prof. Gustavo e Devoto prof. L. (Firenze). — L'Associazione di Idrologia e Climatologia dal 1887 al 1919. Missione e diritti dell'Associazione.

Le comunicazioni sono accettate fino al 25 settembre, previo invio di un sunto, a norma del regolamento, alla Presidenza dell'Associazione: via San Barnaba, 8, Milano.

Tassa d'iscrizione per i Congressisti L. 20 — per le signore dei Congressisti L. 10 — da rimettersi al più presto al Segretario generale, dottor Teyxeira, Perugia.

È fin d'ora stabilita una visita alle Terme di Chianciano. Sono in istudio visite a varie stazioni balneo-climatiche dell'Umbria.

Società Romana di Antropologia.

Nell'adunanzza del 24 luglio 1920 (Presidente prof. Giannelli Augusto) sono state fatte le seguenti comunicazioni scientifiche:

Prof. U. RELLINI: *Lo strato di Grimaldi e l'età miolitica.*

Prof. A. GIANNELLI: *Sopra un caso di emivertebra cervicale.*

Prof. U. SAFFIOTTI: *Sull'errore personale di lettura del cronoscopo di Hipp.*

Prof. S. SERGI: *Sui metodi di misurazione della lunghezza dell'arto inferiore. — Sul piano orizzontale della visione.*

R. BATTAGLIA: *Paralleli etnografici. Ascie peduncolate della Nuova Guinea e dell'Italia preistorica.*

Dott. E. BONAIUTI: *La serie dei crani Mentavei del Museo Nazionale di Antropologia di Firenze.*

Nuovo periodico medico spagnuolo.

Sotto il patrocinio di Ramon y Cajal, si è pubblicato a Barcellona (Union 22) il nuovo periodico «*Las nuevas reacciones de laboratorio*» che ha l'intento di essere una rivista dei procedimenti tecnici delle scienze biologiche.

Il primo numero contiene uno studio di M. Vargas sulla miosclerosi (paralisi pseudo-ipertrofica), corredato da fotografie macro- e microscopiche, un altro di A. Salvati sulla reazione di Wassermann e diversi sunti di svariati lavori. La rivista è mensile e costa per l'estero 32 pesetas all'anno.

Auguri al nuovo confratello.

Il costo dei medicinali in Germania.

Il costo dei medicinali in Germania è salito a cifre enormi; codeina e morfina sono quotati circa 15.000 marchi al chilo. Nel 1914 costavano da 290 a 514 mk.

La «Medizinische Klinik» prevede un ulteriore aumento dovuto al fatto che la disgraziata pace impone all'industria farmaceutica germanica di fornire il 50 % dei prodotti «ai nemici» e così rimangono privi di medicinali gli abitanti del paese.

Un Corso di patologia del lavoro.

Nel venturo mese di novembre si terrà in Roma — presso la Croce Rossa — dal prof. Ranelletti un Corso di perfezionamento sulla patologia del lavoro, integrato anche da una serie di Conferenze, cui prenderanno parte illustri personalità dell'ambiente medico romano.

Un medico italiano in Russia.

Il dott. Raffaele Pirone, che prima della guerra dirigeva l'Istituto antirabico presso l'Istituto Imperiale di medicina sperimentale a Pietrogrado e al quale nel 1914 fu affidata la carica di Console d'Italia, scoppiata la rivoluzione bolscevica, ha sopportato crudeli sofferenze. Da quindici mesi non si avevano notizie di lui, ma ora, a mezzo della Santa Sede, si è potuto sapere che egli fu arrestato il 2 giugno 1919 dai bolscevichi, in qualità di Console Italiano. Ammalato di appendicite, subì l'intervento operativo nella clinica chirurgica dell'Ospedale Massimiliano. Dopo pochi giorni, con la ferita ancora aperta, fu condotto nella prigione di Spaleskaia a Pietrogrado, costretto a dormire per terra ed a nutrirsi con duecento grammi di pane nero e pesce secco. Si contagiò nel febbraio 1920 di tifo esantematico, in forma grave. Guarito, fu messo in libertà e venne a Pietrogrado, dove ebbe la dolorosa sorpresa di trovare la figlia Maria morta in seguito al tifo esantematico. La sua casa fu perquisita e distrutta, il Consolato d'Italia saccheggiato, le economie personali rubate.

Durante la prigionia il dott. Pirone non fu mai interrogato, nè furono precisati contro di lui capi di accusa.

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici di Napoli e Provincia ha formulato una solenne protesta, chiedendo che il governo del Re faccia le opportune pratiche per il sollecito rimpatrio del dott. Pirone, per la rivalsa di tutti i danni subiti, per la completa reintegrazione dei diritti calpestati di chi, all'Estero, mantenne alto il nome d'Italia e della Scienza.

L'on. Capasso ha presentato alla Camera dei deputati una interrogazione nello stesso senso.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1920 - Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, *ed. resp*

Anno XXVII Roma, 13 Settembre 1920 Fasc. 37.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

AUMENTO DEI PREZZI D'ABBONAMENTO

In conformità delle disposizioni imposte dal recente Decreto Ministeriale riportato nel precedente Fascicolo 27 e della deliberazione dell'assemblea dell'Associazione della Stampa Scientifica Italiana (Sezione Medica), pubblicata nel numero 26, i prezzi d'abbonamento al nostro periodico vengono aumentati, dal 1° luglio al 31 dicembre 1920, nella seguente misura, ***per tutti gli abbonamenti in corso:***

Per l'Italia	Per l'Estero	
L. 8 —	FR. 10 —	*per chi è associato alla sola Sezione Pratica;*
„ 12 —	„ 15 —	*id. id. alle Sezioni Pratica e Medica;*
„ 12 —	„ 15 —	*id. id. alle Sezioni Pratica e Chirurgica;*
„ 15 —	„ 20 —	*id. id. a tutte e tre le Sezioni.*

Il Decreto Ministeriale ci consentirebbe di raggiungere la misura del 100 %, ma noi ci limitiamo a chiedere ai nostri abbonati quanto è assolutamente indispensabile per fronteggiare le attuali difficoltà.

Così il « POLICLINICO » manterrà ancora il vanto di essere il periodico di medicina generale più a buon mercato fra tutti quelli che vedono la luce in Italia.

I nostri abbonati sono vivamente pregati rimettere con cortese sollecitudine, mediante vaglia o cartolina-vaglia, la suddetta quota d'integrazione, direttamente all'Editore del " POLICLINICO " Cav. LUIGI POZZI - Via Sistina, 14 - ROMA.

LAVORI ORIGINALI.

ISTIT. DI MATERIA MEDICA DELLA R. UNIV. DI ROMA
Prof. GAETANO GAGLIO, direttore.

Il caffè e le vitamine.

Nota preliminare

del dott. PIETRO DI MATTEI, aiuto.

Un capitolo importantissimo ed ancora molto incompleto dell'alimentazione è, senza dubbio, rappresentato dalle malattie da carenza, attribuite alla sottrazione alimentare delle cosiddette « vitamine ». I disturbi di polineurite che possono agevolmente provocarsi nei colombi alimentandoli con riso mondato e l'azione curativa che su tale forma morbosa sono capaci di spiegare particolari sostanze considerate come nuovi principî alimentari — le vitamine — offrono un vasto ed interessante campo per gli esperimenti di laboratorio e le meditazioni fisio-patologiche. Molte sostanze si sono mostrate efficaci in questo senso; alcune estratte dagli alimenti più diversi, specie vegetali, altre di preparazione artificiale, derivate dalla piridina, dalla pirimidina e dalla xantina.

Partendo dalle ricerche del prof. Gaglio, che hanno dimostrato la presenza di queste sostan-

ze nell'urina e che hanno messo le vitamine in rapporto con le sostanze estrattive azotate del ricambio materiale, ho voluto provare nella polineurite dei colombi l'azione dell'infuso di caffè. Questo, infatti, poteva avvicinarsi, dal lato chimico, alle basi puriniche eliminate pei reni e, dal lato funzionale, poteva esplicare sulle cellule la richiesta azione stimolatrice ed attivante. Vero è che tutti sono d'accordo nel ritenere che il calore che superi i 115° distrugga le vitamine, mentre nella torrefazione del caffè si raggiungono i 250°, ma proprio la novità del punto di vista mi invogliava a tentare l'esperimento. Il risultato non poteva essere più chiaro; l'infuso di caffè ha spiegato una meravigliosa virtù curativa sui disturbi avitaminici dei miei colombi.

La semplice somministrazione di 8 cc. di Moka al 5 % è stata sufficiente in alcuni colombi a sopprimere, dopo poche ore, quasi completamente il quadro polineuritico iniziale, limitandolo ad un leggero impaccio al cammino. Questo sintomo residuale è scomparso rapidamente e completamente nei giorni successivi e gli animali, ripresa vivacità, energia, non conservarono traccia alcuna del disturbo nervoso superato e poterono considerarsi guariti. Col corpo ben sorretto sulle gambe, le piume non più arruffate, il volo ampio, il passo agile, la corsa spedita, essi sopportarono, nei giorni seguenti, senza disturbo alcuno, la solita razione di riso (30 gr. *pro die*) con l'aggiunta di infuso di caffè, portato successivamente a 12-16-20 cc. quotidiani.

Soltanto il peso degli animali non risentì i benefici effetti del caffè: esso rimase stazionario con lievi oscillazioni e non mostrò alcun accenno a riprendere il primitivo valore. Tali condizioni veramente soddisfacenti si mantennero a lungo per diverse settimane ed il caffè sembrava integrare completamente la persistente alimentazione con riso brillato. E non solo tale effetto era di gran lunga superiore a tutte le diverse sostanze impiegate finora, ma anche più duraturo delle stesse vitamine di Funk, che egli descrive come attive nei casi di paralisi spastica, ma inefficaci nelle forme paralitiche della malattia. Tuttavia a tale prolungata alimentazione con riso e caffè, in apparenza completa, i colombi non resistono indefinitamente. Per oltre un mese dalla guarigione della paralisi e spesso fino un mese e mezzo, essi vivono senza disturbo alcuno, ma poi improvvisamente si sviluppano paralisi agli arti e sintomi cerebrali e gli animali muoiono in breve. Non tutti i colombi soggetti a tale trattamento mostrano poi questo quadro generale. In alcuni l'azione del caffè è meno evidente e non basta a rimuovere la lesione nervosa. Essa si arresta semplicemente e l'animale vive in condizioni stazionarie di paresi, finchè anch'esso soccombe. In nessun caso però la sopravvivenza fu inferiore a 15 giorni dal dì in cui si era sviluppata la polineurite.

A distinguere il valore che in questi interessanti esperimenti spetta alla caffeina, come costituente più importante del seme di caffè, e quello che spetta alle molteplici sostanze aromatiche prodotte nella torrefazione, ho somministrato caffeina pura a colombi affetti da polineurite. I risultati sono stati assai più limitati perchè in dose di 5 ctg. la caffeina comincia già a spiegare qualche fenomeno tossico e a dosi inferiori la sua efficacia manteneva proporzioni modeste, quantunque evidenti. La sintomatologia invece di precipitare in brevissimo tempo, come avviene generalmente, si attenuava, rimaneva stazionaria e pareva che l'animale dovesse vincere lo stadio acuto della paralisi. Ma al sesto o settimo giorno un attacco più violento accasciava gli animali e li uccideva, pur senza provocare i soliti sintomi di grave depressione bulbare e cerebrale che sogliono precedere la morte.

Da queste ricerche può desumersi che la caffeina rientra fra i derivati purinici che svolgono qualche azione sulla polineurite sperimentale, ma l'infuso di caffè ha invece su tale affezione un effetto assai più importante. Ben più validamente di molte sostanze ritenute come vitamine antipolineuritiche esso cura e guarisce la polineurite dei colombi. La sua azione non è completa e definitiva, ma indubbiamente degna di nota, anche per considerazioni di indole generale. Essa fa pensare che la sua efficacia non dipenda dal suo costituente principale (la caffeina ha spiegato azione limitata) o da una singola vitamina in esso contenuta, ma dal complesso di tutte le sostanze che si sviluppano nella torrefazione, alcune ignote, altre note, quali la metilammina, l'idrochinone, il pirrolo, il «caffeol», il furfurolo, ecc., le quali avrebbero azione sinergica e, se non vitamine vere e proprie, avrebbero con queste analogie di azioni e di effetto.

Ma l'efficacia dell'infuso di caffè mette in valore un fatto nuovo, quale l'utilità del calore come produttore di sostanze compensatorie nella polineurite avitaminica. Mentre le vitamine note, indiscutibilmente si attenuano e scompaiono a temperature elevate, nei semi del caffè, pel contrario, sembra si sviluppino per la torrefazione a 230°-250°. Poichè naturalmente, qui, non si tratta delle vitamine di Funk, ma di altre sostanze probabilmente analoghe o, meglio, di analoga funzione, viene an-

cora a confermarsi la crescente pluralità di questi integratori della nutrizione e si manifesta l'opportunità, visto che la denominazione di « vitamine » è entrata ormai nell'uso comune, di intendere con essa tutte quelle sostanze che influenzano beneficamente il decorso delle malattie da carenza. Estendendosi il numero di queste sostanze, si vede che troppo presto si sono definite e schematizzate le caratteristiche di queste vitamine e considerando che oltre la prima contraddizione del calore, altre potranno facilmente apparire, pare opportuno comprenderle non più per la loro struttura chimica o per la loro provenienza, ma piuttosto per la comune funzione e la comune efficacia. Sotto questo aspetto, quindi, nessuna meraviglia che nel caffè esistano delle vitamine termostabili; tutt'al più simile resistenza al calore potrebbe servire a fare escludere il valore funzionale di enzimi ad alcune sostanze che esplicano azione curativa nelle malattie da carenza. Ma se il caffè spiega gli effetti delle vitamine determinando la guarigione dei colombi affetti da polineurite sperimentale, è però interessante osservare che i colombi sotto l'influenza del caffè non guadagnarono in peso, anzi essi continuarono a dimagrire e solo qualche volta si arrivava a mantenere per alcuni giorni uno stato di equilibrio.

Evidentemente le sostanze che favoriscono l'aumento del peso del corpo, e che sono considerate anch'esse come vitamine, sono diverse dalle vitamine del caffè.

Queste conclusioni vanno d'accordo con le esperienze recenti di Mac Collum, Davis, Simmond e Pitz che osservarono esser necessarie all'accrescimento ed al mantenimento del peso dei ratti — oltre ai costituenti noti della loro alimentazione — delle sostanze particolari, scomponibili in un gruppo *A* solubile nei grassi e un gruppo *B* in acqua e in alcool.

In conclusione, la guarigione della lesione nervosa sarebbe in dipendenza del vero significato funzionale delle cosiddette vitamine: in esse comprendendo una non chiusa serie di sostanze di varia composizione e di eterogenea provenienza, ma, alla stessa guisa, utili all'organismo per stabilire e mantenere attorno alla cellula quel tono chimico, quell'*humus* fisiologico, prodotto dai vari stimoli necessari alla sua completa attività.

A saggiare, appunto, il valore di questi stimoli sulla nutrizione e sulla resistenza che conferiscono all'inanizione, ho pensato di procedere su dei colombi, all'esperimento opposto a quello che generalmente si fa colla privazione delle vitamine alimentari. Mi è parso interessante stabilire, invece, gli effetti eventuali di una alimentazione con eccesso di vitamine.

Questa prova non era stata ancor fatta e qualche Autore aveva solo avanzato l'affermazione che esse avessero, in eccesso, azione dannosa, come altri pensarono non ne avessero alcuna, non potendo l'organismo utilizzarle perchè imprigionate e non aggredibili entro le pareti celluloso-saline del pericarpio.

Come di cibo ricco di vitamine mi sono servito della crusca, e non avendo potuto trovare quella di riso, ho adoperato crusca di frumento. Da principio, alimentai i colombi esclusivamente con crusca, ma essi diminuirono rapidamente e fortemente di peso, sicchè per conservarli in vita ho dovuto aggiungere giornalmente pochi grammi di riso, come quantitativo di idrati di carbonio appena sufficiente a mantenerli in vita. La crusca veniva somministrata impastata con acqua e presto gli animali si abituarono ad accettarla con gradimento. Naturalmente bisognava imbeccarli per l'impossibilità materiale di afferrare tale pastone col loro becco inadatto. Nessun fenomeno tossico ebbi a rilevare per tale sovrabbondanza di alimentazione azotata ed il quadro complessivo fu naturalmente quello di un progressivo decadimento di forze, spiegabile per l'insufficiente introduzione di idrati di carbonio. Ma, a differenza dei controlli, i colombi in esperimento poterono assai meglio e ben più lungamente, sopportare gli effetti di tale parziale inanizione.

Evidentemente ciò si deve all'azione di queste vitamine introdotte in eccesso che, se non poterono, com'era logico aspettarsi, compensare le deficienze alimentari, spiegarono però valida efficacia eccitante, tale da consentire che la resistenza dei colombi, la discesa del peso e della temperatura oltrepassassero di molto quei limiti estremi concessi da Chossat come compatibili con la vita.

Dopo due mesi, pur avendo il peso oltrepassato di molto la perdita tollerabile di quattro decimi e la discesa della temperatura superato quanto avviene nell'uomo e negli animali soggetti persino a digiuno completo, i colombi erano ancora in valide condizioni di resistenza.

Questi effetti, come quelli del caffè, mi sembrano di qualche interesse per l'interpretazione del significato dei nuovi coefficienti della nutrizione.

NOTE E CONTRIBUTI.

Alcune osservazioni sul dermotifo e sulla proteoagglutinazione di Weil-Felix.

Dott. ALBERTO RUGGIERO.

Nell'Ospedale Militare di Riserva di Peschiera sul Garda, nel maggio 1919, scoppiò una piccola epidemia di dermotifo. Il sottoscritto assunse la direzione del Lazzaretto dove erano ricoverati gli attaccati ed ebbe agio di fare le poche osservazioni seguenti, specialmente riguardo la prova del Weil-Felix che ebbe un comportamento diverso da quello generalmente descritto.

Nell'ospedale nel mese di aprile 1919 erano raccolte parecchie centinaia di prigionieri invalidi provenienti da diversi ospedali e campi di concentramento della penisola, pronti ad essere istradati per il rimpatrio in Austria. In un reparto scoppiò un primo caso sospetto e poi altri fino al numero di 10, che furono tutti prontamente isolati nel Lazzaretto; tutti gli altri prigionieri e personale di assistenza che erano stati in contatto con essi furono isolati rigorosamente nel reparto, in numero di 200. Costoro furono tutti assoggettati alla prova del Weil-Felix, che riuscì negativa per tutti meno che per quattro, nei quali riuscì positiva la proteoagglutinazione praticata il 13 maggio 1919. Anche questi ultimi come gli altri godevano ottima salute e durante tutto il periodo di degenza non avevano mai presentato reazione febbrile. Ma rileggendo attentamente la storia clinica, risultò che essi verso la metà del mese precedente (aprile), essendo degenti in altro ospedale d'Italia, avevano avuto qualche giorno di febbre (3 o 4), che era passata quasi inosservata sotto forma di febbre gastro-reumatica, o febbre malarica, essendo gl'individui suddetti malarici cronici.

Sicchè la prova del Weil-Felix era stata positiva a circa un mese di distanza dalla guarigione e ci dette il modo di fare una diagnosi postuma, dimostrando come facilmente i primi casi di un'epidemia sfuggono alla diagnosi anche in ambienti ospedalieri.

Gli altri dieci isolati nel Lazzaretto dettero la sintomatologia solita, ma molto attenuata.

L'inizio della febbre fu sempre brusco, l'ascesa rapida raggiunse l'acme in prima o in seconda giornata; il decorso fu continuo-remittente, in qualche caso con leggiere remittenze, in altri con remittenze molto accentuate che scendevano al normale o quasi nelle ore del mattino. La discesa della temperatura avvenne quasi sempre per crisi rapida specialmente nei casi leggieri (VI, VII, IX, X); qualche volta per *crisi ritardata*, cioè con discesa anche rapida ma avvenuta in diversi giorni consecutivi (II, VII); in qualche caso ci fu un vero accenno a lisi, come fu riscontrato anche dal Giacanelli (casi I, III, V); in un caso si avverò una prima falsa crisi, poi una riaccensione, poi una seconda pseudo-crisi, una seconda riaccensione e infine la vera crisi (IV). In qualche caso, prima della crisi, si ebbe una riaccensione febbrile, un salto accentuato in alto dell'ascissi, che qualche volta superò anche il periodo di acme (perturbazione critica).

I sintomi cerebrali furono scarsi, solamente nei casi più gravi si ebbe delirio calmo o confusionismo mentale. Tutti però durante l'acme presentarono l'aspetto intontito e stordito del tifoso.

L'esantema non fu costante. In qualche caso non fu possibile provocarlo neppure con la stasi col laccio. È da notare che l'appariscenza e la confluenza dell'esantema non era per nulla in rapporto diretto con la gravità della malattia.

Il segno della lingua fu costante quasi in tutti; in qualcuno si notò afasia, che guarì completamente dopo la crisi. Il segno del Pepeu dell'occhio di lepre non fu riscontrato che nei casi più gravi.

Costante in modo assoluto fu il segno della gomma da cancellare, perchè tutti presentarono, durante la convalescenza, desquamazione forforacea abbondante specialmente nei quadranti inferiori dell'addome e sulle cosce.

Altri sintomi notati furono: sete intensa; alvo in alcuni diarroico, in altri stitico; secrezione urinaria normale; tumore di milza costante; tumore del fegato poco costante.

Nel caso n. III si ebbe complicanze pleuropolmonare a destra con decorso normale e guarita relativamente presto.

Nei primi giorni di malattia costantemente si riscontrarono nell'apparato circolatorio segni gravi di ipotensione che facevano temere per l'ammalato. Ma passato il primo periodo, il cuore si rimetteva e compieva abbastanza bene il suo lavoro sino a guarigione completa.

Il decorso in generale fu benigno: cinque casi furono più leggieri e cinque più gravi. La durata fu nei casi leggieri da 5 a 7 giorni, nei casi più gravi da 8 a 15. Guarirono tutti senza alcun reliquato.

La cura praticata fu completamente sintomatica. Del resto la malattia decorse molto benignamente. Solo nei primi giorni di malattia si dovette essere molto attivi ed oculati nel combattere la grave ipotensione circolatoria con tutti i mezzi ipertensivi ed eccitanti che ave-

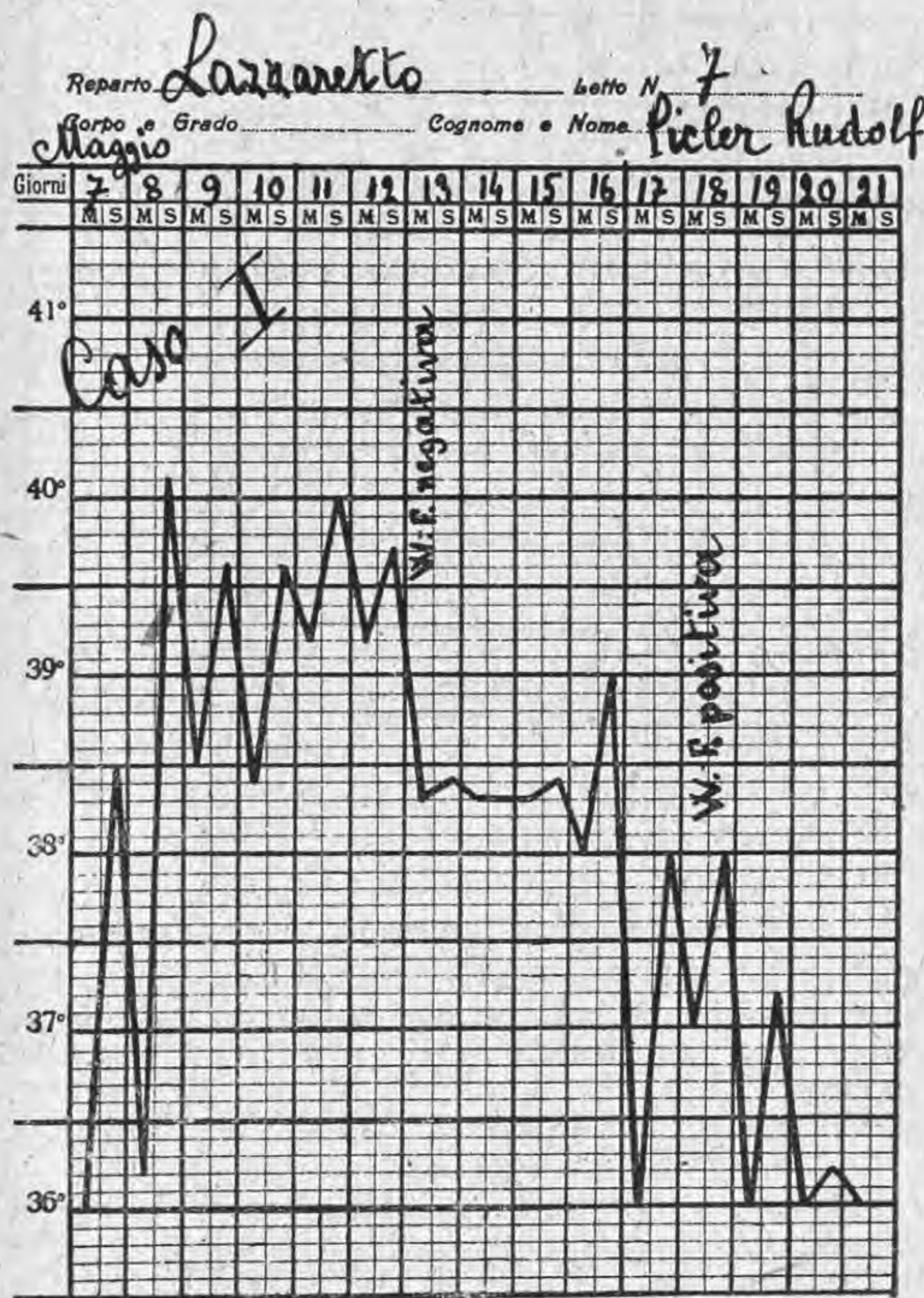
vamo a nostra disposizione; e si riuscì sempre a vincerla

La malattia scoppiò nell'ospedale, dove i prigionieri erano trattati benissimo come vittitazione e igiene, e durante un periodo di tempo in cui non infieriva nessun'altra malattia infettiva o contagiosa o comunque dovuta ad esaurimento bellico. Così non posso essere d'accordo con coloro che affermano il dermotifo scoppi sempre dove infieriscono altre epidemie (dissenteria, tifo ebertiano, tifo ricorrente, paratifo, ecc.); nè discuto l'opinione del Friedberger, che giunge a negare l'entità morbosa — dermotifo — supponendo sia conseguenza di diversi agenti che agiscono simbioticamente.

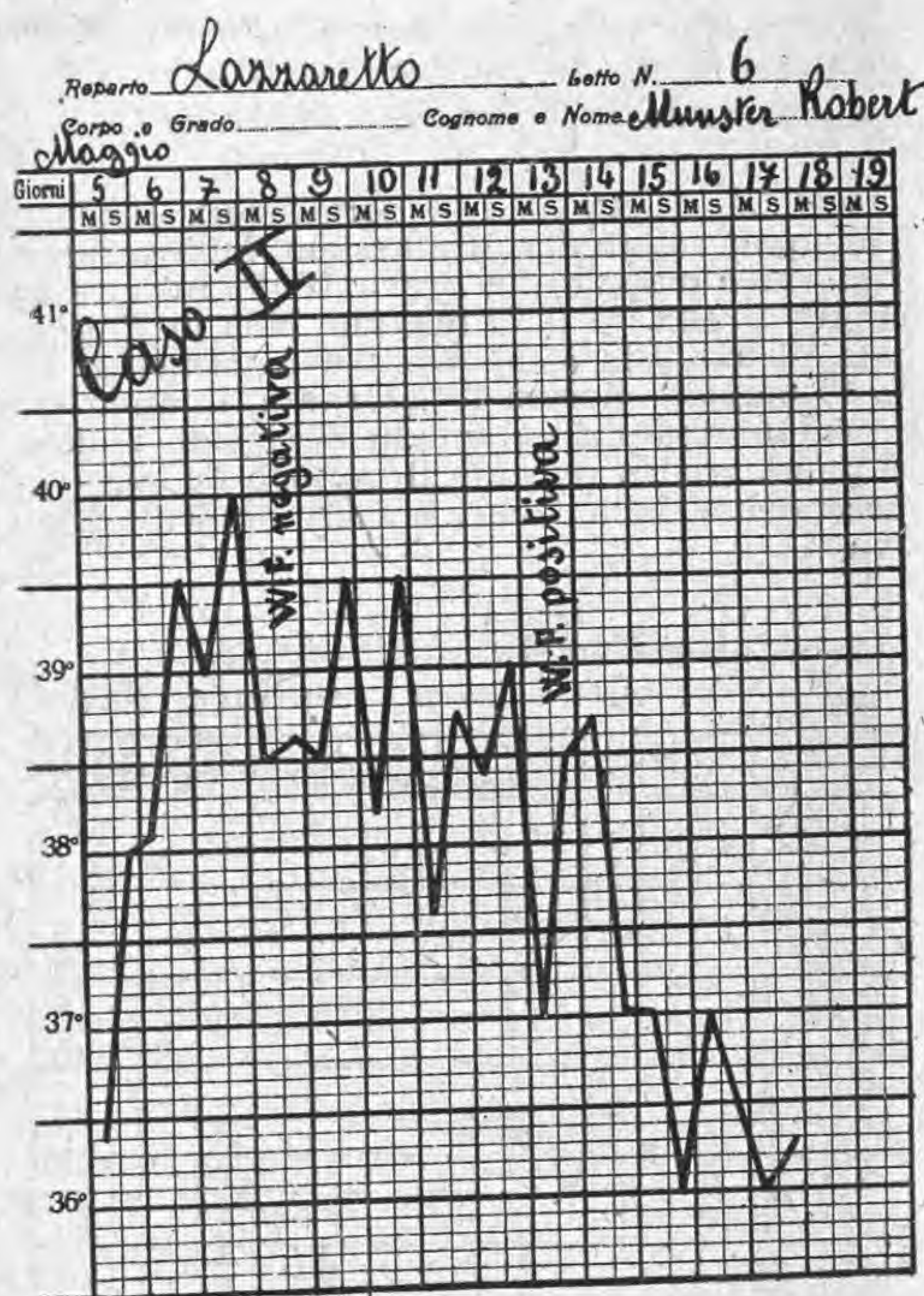
La piccola epidemia appena scoppiata fu soffocata immediatamente per le rigorose misure profilattiche, che mirarono allo scopo quasi unico dello spidocchiamento meticoloso ed assoluto degli ammalati e di coloro che li avevano avvicinati. Del personale di assistenza non fu attaccato alcuno, mentre nelle altre epidemie, come in Serbia, il contributo del personale sanitario fu altissimo, fino al 70 e all'80 % dei medici ed infermieri. In Serbia su 340 medici ne morirono 160. Ciò dimostra ancora una volta, se avesse tuttora bisogno di dimostrazione, che il pidocchio delle vestimenta è il mezzo unico di propagazione della malattia, come Nicolle, Conor e Conseil dimostrarono per la prima volta nel 1909, e poi Sergent, Joley e Vialette nel 1914, e Jürgens nel 1916, e come oramai tutti accettano, meno solo qualche voce discorde (Friedberger, Curschmann). Gli esperimenti del guardiano delle carceri di Tunisi (riportato da Nicolle) che fece pungere due operai con pidocchi prelevati da ammalati di dermotifo, del medico turco che faceva pungere gli Armeni con pidocchi infetti, e dei medici serbi che facevano decombere nello stesso letto dermotifosi spidocchiati accuratamente ed individui sani, senza mai produrre contagio diretto, dànno la dimostrazione chiara delle prime asserzioni di Nicolle. La ipotesi di Gotschlich, che fossero specialmente le cimici ed altri insetti a trasmettere la malattia, oramai è caduta nel dimenticatoio. Così anche l'origine autoctona dell'Hildebrand, la teoria pitogenica di Murchinson, la ipotesi autogena del Kelsch, e l'ultima affermazione del simbiosismo del Friedberger, secondo le mie osservazioni sono da scartarsi. La legge: « spariti i pidocchi, finita l'infezione » nella piccola epidemia che descrivo si avverò in modo assoluto.

In tutti fu praticata la prova della proteoagglutinazione del Weil-Felix in 4ª o 5ª o 6ª giornata e in tutti fu nettamente negativa. Ripetuta dopo la crisi o negli ultimi giorni di malattia fu nettamente positiva.

Analizzando caso per caso troviamo:

CASO I. — Letto n. 7. Vider Rudolf. Inizio il 7 maggio; raggiunge il massimo della piressia il giorno 8 maggio. La prova W.-F. fu fatta su sangue prelevato il 13 maggio, cioè in 7ª giornata di malattia e fu negativa nettamente. La no 18 maggio, cioè in 12ª giornata, quando era prova fu ripetuta su sangue prelevato il giorin piena crisi o durante il periodo della curva discendente della febbre e fu nettamente positiva.

(C so I).

CASO II. — Letto n. 6. Munster Robert. Inizio della febbre il 5 maggio; raggiunse l'acme il 6 maggio. Il giorno 8 maggio, 4ª giornata della malattia, si preleva il sangue, che dà risultato nettamente negativo alla prova del Weil-Felix. Il 13 maggio, in 9ª giornata di malattia, si preleva un'altra volta sangue che dà risultato nettamente positivo alla prova della proteoagglutinazione.

CASO III. — Letto n. 9. Müller Max. Inizio brusco il 14 maggio; raggiunge l'acme il 14 stesso. Prelevamento del sangue il 17 maggio, cioè in 4ª giornata. Reazione Weil-Felix negativa. Il 20 maggio complicanza pleuropolmonitica. Crisi dal 26 al 28 maggio. Secondo prelevamento di sangue il 2 giugno con proteoagglutinazione nettamente positiva.

(Caso II).

CASO IV. — Letto n. 1. Schwarz Max. Inizio il 3 maggio. Raggiunge l'acme il 6 maggio. Primo prelevamento di sangue il giorno 8 maggio, cioè in 6ª giornata. W-F. negativa. Secondo prelevamento di sangue il 13 maggio a crisi avvenuta in 11ª giornata. W.-F. positiva.

CASO V. — Letto n. 5. Rield Max. Inizio il 4 maggio. Raggiunge l'acme il 6 maggio. Prelevamento del sangue il 10 maggio, cioè in 7ª giornata. Reazione del Weil-Felix negativa. Secondo prelevamento di sangue il 13 maggio a crisi avvenuta in 10ª giornata con reazione W.-F. nettamente positiva.

CASO VI. — Letto n. 14. Schwarz Rudolf. Inizio il 30 aprile. Primo prelevamento di sangue il 3 maggio, cioè in 4ª giornata. W.-F. negativa. Crisi il 4 maggio. Secondo prelevamento di sangue il 18 maggio durante la convalescenza con prova del Weil-Felix positiva.

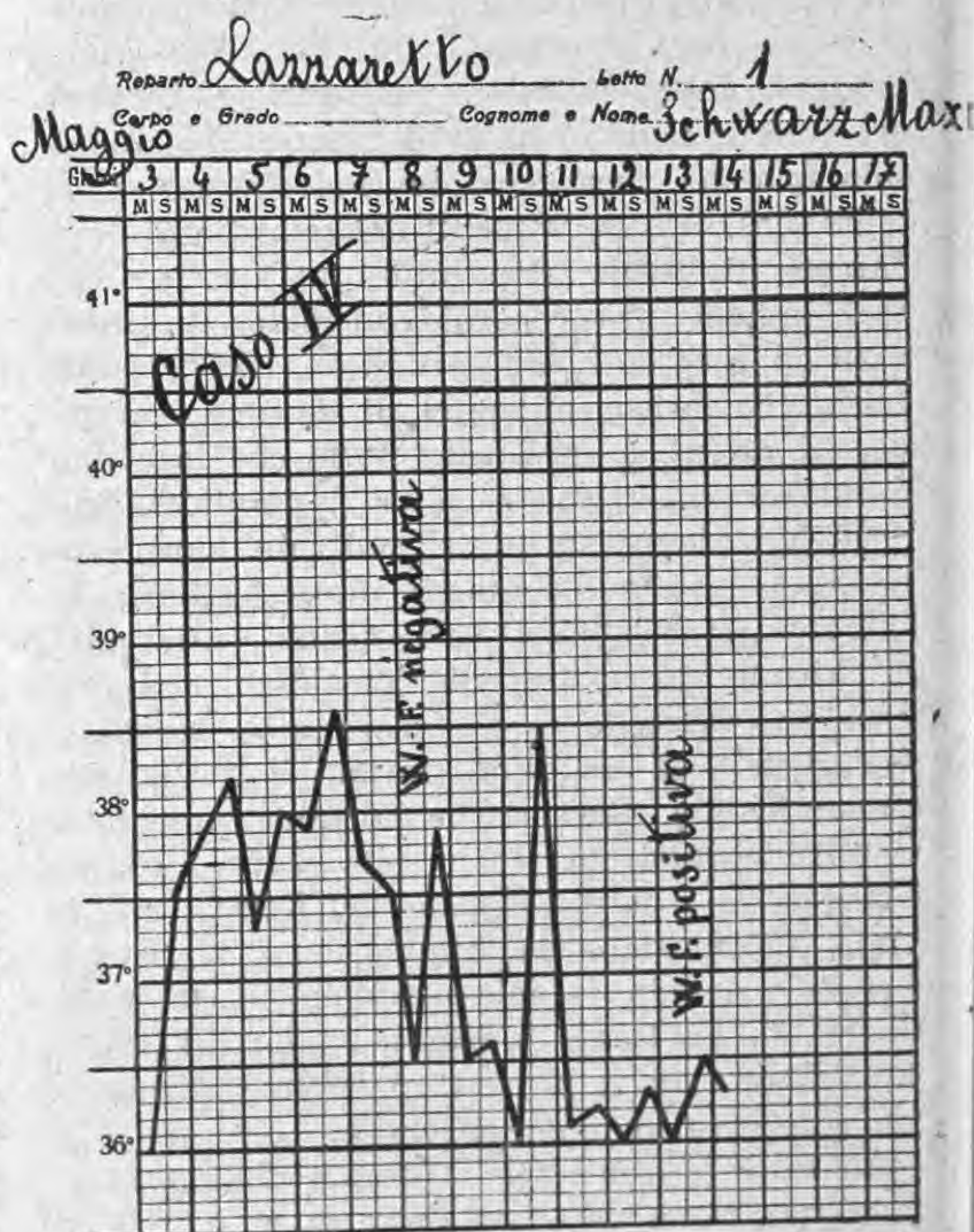
CASO VII. — Letto n. 12. Istvan Jacob. Inizio della malattia il 29 aprile. Raggiunge l'acme il 30 aprile. Primo prelevamento di sangue il 1° maggio, cioè in 3ª giornata, con reazione W.-F. negativa. Crisi il 2 e 3 maggio. Secondo prelevamento di sangue il 23 maggio in piena convalescenza con prova del Weil-Felix positiva.

CASO VIII. — Letto n. 3. Hahn Julo. Inizio il 3 maggio. Raggiunge l'acme il 6 maggio. Primo prelevamento di sangue il 7 maggio, cioè in 5ª giornata, durante l'acme: la W.-F. fu negativa. Secondo prelevamento di sangue il 13 maggio, a crisi avvenuta, con prova del Weil-Felix positiva.

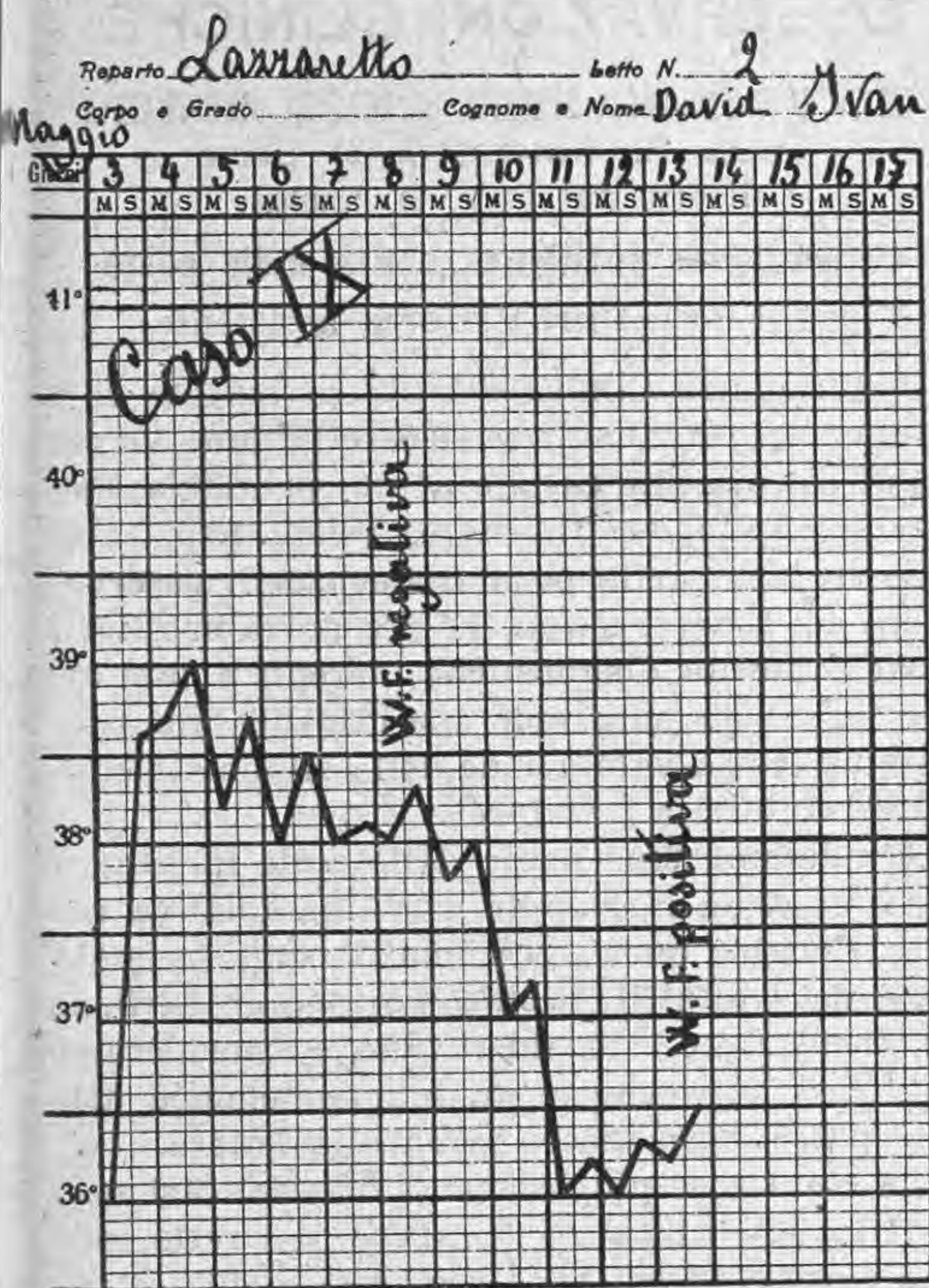
CASO IX. — Letto n. 2. — David Ivan. Inizio il 3 maggio. Raggiunge l'acme il 4 maggio. Primo prelevamento di sangue l'8 maggio, cioè in 6ª giornata, con reazione W.-F. negativa. Secondo prelevamento il 13 maggio a crisi avvenuta con reazione nettamente positiva.

CASO X. — Letto n. 4. Dorfler Josef. Inizio il 3 maggio, raggiunge l'acme febbrile il 4 maggio. Il sangue prelevato il 6 maggio, cioè in 4ª giornata, dà nettamente negativa la proteoagglutinazione W.-F. Il sangue prelevato il 13 maggio durante la convalescenza dà Weil-Felix nettamente positiva.

Tutti gli osservatori asseriscono che la proteoagglutinazione del Weil-Felix nel dermotifo raramente si presenta verso la fine della malattia (13ª o 14ª giornata) e danno alla reazione importanza diagnostica e profilattica potendo scoprire a tempo gli ammalati.

Nei miei dieci casi di dermotifo costantemente la W.-F. è stata negativa nei primi giorni di malattia o nel suo acme, mentre è stata riscontrata nettamente positiva a crisi iniziata, o a crisi avvenuta, o durante la convalescenza. E scorrendo la letteratura troviamo

(Caso IV).

che Müller ebbe a constatare su sè stesso, durante la sua malattia contratta a Trieste per i suoi esperimenti sulle feci dei pidocchi infetti, che la reazione del Weil-Felix fu negativa fino alla 14ª giornata.

Negli otto casi del Monteleone la reazione è costantemente positiva, ma in un solo l'osservatore dice di aver provato in 4ª giornata, e poi in uno in 7ª giornata, in uno in 10ª giornata, in uno in 12ª giornata, in due in 13ª giornata, in uno in 17ª giornata ed in uno in

(Caso IX).

21ª giornata. Alle volte non è possibile determinare in modo assoluto il giorno in cui si inizia la malattia, e così può scambiarsi per 5ª o 7ª giornata la 10ª o 13ª, quando la crisi è già iniziata.

I miei casi (come pure quelli del Monteleone e il Müller stesso) sono stati seguiti da guarigione; quindi debbono considerarsi come casi relativamente leggieri. Si può perciò avanzare l'ipotesi che le agglutinine per il proteo X_{19} compariscono nel sangue dei dermotifosi in un periodo più o meno tardivo, secondo la leggerezza o la gravità dei casi.

Alcuni osservatori asseriscono che l'intensità della reazione e la maggior durata di essa durante la guarigione è in rapporto alla leggerezza dei casi. Già Weil e Felix asserirono che nei casi leggerissimi la loro reazione compariva al 6° o 7° giorno invece che nel 4°. Il Ficai ha notato la W.-F. molto tardiva in casi leggieri e verso la fine dell'epidemia. Il Friedberger solo nota la corrispondenza che passa tra la curva febbrile e la curva della reazione.

La tardività della presenza della W.-F. non potrebbe essere anche in rapporto alla leggerezza dell'infezione?

Se invece realmente e costantemente le agglutinine comparissero nel sangue nel periodo ultimo della malattia o durante la crisi, si dovrebbe ammettere come vera l'ipotesi del Gruber, almeno per la proteoagglutinazione del dermotifo, che cioè essa reazione sia fenomeno di guarigione o magari di immunità e non esponente di una infezione come la sierodiagnosi del Widal. Questa ipotesi sarebbe contraria alla precedente, perchè non spiegherebbe la precocità della W.-F. nei casi gravi, e resterebbe scossa la importanza profilattica della W.-F., perchè metterebbe in rilievo i casi troppo tardivamente.

Del resto, la proteoagglutinazione del Weil e Felix nel tifo esantematico è un fatto ancora così poco chiaro che non è possibile risolvere tutti i dubbi secondari che sorgono intorno ad essa. Secondo alcuni rappresenta un fenomeno del tutto causale, come l'agglutinazione del melitense, o del bacillo di Eberth, o del paratifo A, o del paratifo B, o del piocianeo, riscontrata nei dermotifosi da altri osservatori; secondo altri è un fenomeno di paraagglutinazione, cioè, escluso come agente infettivo diretto il proteo X_{19} nel dermotifo ed ammesso per ora un virus filtrabile come causa della malattia, il proteo suddetto sarebbe presente nell'organismo in simbiosi col virus, e farebbe così acquistare indirettamente al siero la proprietà di agglutinarlo.

Dalle pochissime osservazioni che potetti fare durante la piccola epidemia di dermotifo concludo:

1° *Clinicamente*:

a) È difficile diagnosticare i primi casi perchè sono per lo più anomali, senza ascissi febbrile ben definita, qualche volta senza esantema, con sintomatologia generale poco caratteristica;

b) Nessuna altra malattia infettiva era presente insieme al dermotifo.

2° *Terapeuticamente*: è importantissimo vincere con tutti i mezzi la ipotensione circolatoria dei primi giorni.

3° *Profilatticamente*: ancora una volta si conferma la grande importanza che ha nella diffusione della malattia il pidocchio delle vestimenta.

4° Per la prova del Weil-Felix si nota:

a) La prova, come mezzo diagnostico, è costante perchè risulta positiva in tutti i casi, più o meno tardivamente; ma come mezzo profilattico non può avere importanza assoluta perchè rivela la malattia troppo tardi, e perciò può sviare il sospetto in primo tempo;

b) La W.-F. ha grande importanza per riconoscere posteriormente i casi già guariti anche a distanza di un mese e così implicitamente avvalora il sospetto nei casi in corso;

c) Costantemente la W.-F. nei primi giorni di malattia è risultata negativa; e negli stessi casi è risultata positiva a crisi iniziata o a crisi avvenuta o durante la convalescenza;

d) Si avanza l'ipotesi che la W.-F. sia reazione non di infezione ma di guarigione o di immunità;

e) si avanza l'altra ipotesi, che esclude la precedente, che la W.-F. sia tardiva nei casi leggieri e quindi possa avere una importanza prognostica, secondo il momento che comparisce in un ammalato, essendo la precocità di questo momento in ragione diretta con la gravezza della malattia.

LAVORI RISCONTRATI.

WUNDERLICH: *Diagnosi del tifo esantematico*, 1881.
GOTSCHLICH. *Deut. Med.*, 1903.
THOINOT: *Typhus exanthématique*, in *Traité de médecine*, 1905.
CASTELLINO: *Malattie infettive*, in *Trattato di patologia e terapia speciale medica*, 1908.
RABINOWITSCH. *Arch. f. Hyg.*, LXXI, 331-378, 1909.
NICOLLE, CONOR e CONSEIL. *Annales de l'Institut Pasteur*, 1911.
RIZZUTI e SCORDO. Société de pathologie exotique, 1912.
LEVY. *Gaz. des Hôpitaux*, anno 85, n. 148, 1913.
MÜLLER. *Munch. med. Woch.*, n. 25, 1913.
SERGENT EM., H. JOLEY e CH. VIALATTE. Academie des sciences, 1914.
FRÄNKEL E. *Münch. med. Wochenschrift*, 1914.
SERGENT, JOLEY e VIALATTE. Société de Biologie, 1914.
SANARELLI: *Conferenza al corso di medicina castrense a Roma*, in *Policlinico*, 1915.
SABELLA. *Policlinico*, 1915.
NICOLLE e CONSEIL. *Presse médicale*, 1915.
DIETSCH C. *Münch. mediz. Wochenschrift*, 1915.
PIREK W. *Allgemeine Wiener mediz. Zeitung*, 1915.
JÜRGENS G. *Das Fleckfieber*. Berlin, 1916.
WEIL e FELIX. *Wiener Klin. Woch.*, 1916-1917.
OTTOLENGHI. *Annali d'Igiene*, 1917.
CECONI A. *Policlinico*, 1918.
LUSTIG, MUELLER, PEPEU e PULGHER. *Il dermotifo*, 1919.
MUELLER e URIZIO. *Riforma medica*, 1919.
BOREL, CANTACUZÈNE, JONNESCO e NASTA. Société de Biologie, 1919.
ARTOM CAMILLO. *Policlinico*, 1919.
GIACANELLI VITTORUGO. *Policlinico*, 1919.
VERATTI E. Società medico-chirurgica di Pavia, 1919.
MONTELEONE R. *Policlinico*, 1919.
FICAI G. Accademia medica di Perugia, 1919; *Annali d'Igiene*, anno XXIX, 1919.
POLVERINI G.: *Terapia*, 1919.
SEGALE M. *La medicina italiana*, 1920.

Santa Maria a Vico Gennaro, 1920.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

ISTITUTO DI PATOLOGIA SPECIALE CHIRURGICA DIMOSTRATIVA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI SIENA
diretto dal prof. D. TADDEI.

Osteomielite purulenta acuta delle coste

per il dott. DINO PIZZETTI, assistente.

Nel Reparto Clinico del nostro Istituto si è presentato recentemente all'osservazione un caso di osteomielite costale acuta, primitiva che, per consiglio del Direttore, rendo noto, non solo in vista della poca frequenza di osservazioni del genere, ma anche per porre in rilievo certe difficoltà diagnostiche inerenti a tale affezione e delle quali solo una casistica più estesa e un'esatta valutazione della sintomatologia potrà aiutarci a trionfare.

L'infiammazione acuta delle coste in genere ricorre, come è risaputo, con una relativa rarità. Certo la quasi eccezionalità sotto la quale i più dei trattatisti (König, Bergmann, Le Dentu Delbet, ecc.) consideravano e considerano tuttora tale evenienza anatomo-patologica non può più in oggi essere presa alla lettera.

Le statistiche più recenti (Fritz) dei casi resi noti in letteratura ne riportano, del resto, poche diecine, in cui sono comprese quelle osteomieliti delle coste consecutive a certe malattie (tifo) o sviluppate in certe condizioni etiologiche speciali (in malati di polmonite, grippe, varicella) o ricorrenti in soggetti con osteomielite già conclamata di altre ossa, che più frequentemente ammalano di tale forma morbosa.

Nella grande maggioranza degli altri casi l'anamnesi registra costantemente un trauma di varia natura che il paziente, pochi giorni prima dell'esordio del male, aveva riportato in corrispondenza di quelle regioni nel cui ambito decorreva la costa che ammalò. Per contro le osservazioni in cui risulti la malattia insediarsi primitivamente nelle coste senza alcun precedente anamnestico, come espressione di una infezione ematogena, sono tutt'ora scarsissime.

G. Guido, di anni 32, da Siena. Cartella n. 552 del registro. — Padre morto a 52 anni per me-

ningite specifica. Madre tuttora vivente e sana. Ha fratelli in buona salute. Il paziente non ha sofferto delle comuni malattie dell'infanzia. Partecipò a tutta la guerra come soldato di fanteria. In tale periodo contrasse l'ittero spirochetico e di tale forma morbosa dice di essersi ristabilito completamente dopo una cura ospedaliera durata due settimane.

La presente malattia ebbe inizio improvviso con alta temperatura senza brivido, cefalea e un lieve dolore puntorio in corrispondenza della base del torace posteriormente a destra. Tale dolore puntorio andò continuamente aumentando e si esacerbava durante la stazione eretta e nella deambulazione talchè dopo due giorni non gli era più possibile di camminare. Anche nelle profonde respirazioni il dolore descritto si accentuava.

Dopo quattro giorni, aggravandosi i sintomi locali e perdurando i fatti generali inquietanti venne inviato in Clinica con diagnosi di paranefrite.

Fu accolto nel nostro Reparto il giorno 10 novembre.

All'esame obiettivo, praticato subito, si riscontra quanto segue:

Uomo di taglia robusta, costituzione scheletrica regolare, masse muscolari ben costituite, pannicolo adiposo piuttosto abbondante. Colore della cute e delle mucose visibili pallido. Lingua patinosa. Temperatura 39°.5.

All'apparato respiratorio non si nota nulla di patologico tranne che un respiro un po' superficiale e un po' frequente, 26-30 respiri per minuto. Non tosse, non espettorato. Nulla a carico del cuore e dei grossi vasi. Posteriormente alla base del torace, e anche nelle regioni costo-lombare e costo-iliaca destra nella sua metà superiore, si nota che la cute è uniformemente distesa, lievemente edematosa. Sollevando col dito pliche cutanee comparativamente nella metà sinistra e in quella destra del tronco si nota come in questa metà la pelle si lascia meno facilmente sollevare in pliche e si presenta di una succulenza facilmente apprezzabile al tatto. Con la percussione si nota una zona uniforme di ottusità che si inizia all'altezza della IX costa verso la linea ascellare posteriore e si continua senza modificazione con quella delle regioni costo-lombare e costoiliaca. Queste manovre che si praticano nell'eseguire l'esame obiettivo determinano un dolore di tutta la regione ammalata. Il paziente decombe supino ed ogni movimento che gli venga ordinato per cambiare di posizione produce una penosa esacerbazione di dolore. Ricercando il punto dove il malato localizza il dolore iniziale, lo si ritrova in corrispondenza della 10ª costa poco all'indietro della ascellare posteriore.

L'esame dei visceri addominali non ci offre nessun dato importante. La palpazione del rene destro è impossibile.

L'esame del sangue diede il seguente resultato:

Globuli rossi	3,850,000
Globuli bianchi	11,000
Emoglobina	95
Formula leucocitaria: :	
Polimorfi neutri	55
Linfociti grandi	12
Linfociti medi e piccoli	33

Lieve grado di anisocitosi e di poichilocitosi.

Minzione regolare. Orine in quantità normale: 1800. P. S. 1018; albumina, zucchero, indacano, assenti; fosfati in aumento. Nel sedimento nulla di notevole.

Una puntura esplorativa praticata con un lungo ago nel centro della zona di ottusità, poco al disotto dell'arco costale, dà esito a poche goccie di pus densissimo.

Posta così la diagnosi di flemmone profondo della parete addominale posteriore, si interviene senz'altro (prof. Taddei).

Si pratica un'incisione arcuata a concavità esterna che si parte dalla VIII costa e si prosegue per circa 15 cm. dall'alto in basso e dall'interno all'esterno.

Negli interstizi fra i varii piani muscolari si trova una infiltrazione di pus denso. Dominando questo focolaio purulento si giunge sulla faccia dorsale della X costa. Su questa, a tre dita trasverse di distanza dall'ascellare posteriore, si nota una zona della grandezza di un pezzo da due centesimi, in cui il periostio manca e la sostanza corticale è scoperta e in preda a evidente necrosi. L'osteomielite costale è limitata a questa lesione. Si pulisce bene tutto il focolaio suppurativo e si drena.

Dopo l'atto operativo la febbre diminuì di oltre un grado, in terza giornata l'ammalato è apirettico. Il decorso post operatorio è dei migliori; la vasta breccia ripara sollecitamente e in capo a 4 settimane il paziente è dimesso completamente guarito.

Dal focolaio costale venne prelevato con le dovute cautele di asetticità un po' di materiale che fu subito insemenzato su piastre di agar, agar-siero, agar-sangue e su terreni liquidi varî.

Le ricerche batteriologiche permisero l'isolamento di un germe in cultura pura e che venne identificato per lo « stafilococco piogeno aureo ».

Riassumendo adunque i dati che ci hanno fornito il decorso e la cura della malattia di cui è oggetto la presente storia clinica, emerge trattarsi di una osteomielite acuta primitiva a carico della X costa destra. L'ammalato interrogato in proposito, nega di aver riportato nei giorni che precedettero l'esordio dell'attuale infermità, un qualsiasi trauma alla base del torace o alla regione lombare di destra nè l'esame obiettivo più accurato riuscì a farci rintracciare un'eventuale porta di ingresso dell'infezione.

***

Il caso al quale si riferisce la storia clinica si presta a qualche considerazione di interesse pratico.

Le coste, sebbene non frequentemente, possono essere colpite dall'infezione purulenta acuta, sia primitivamente che secondariamente, in ogni età della vita. In genere le forme più gravi e più frequenti si hanno durante il periodo dell'accrescimento delle ossa (Swoboda, Braquehaye), cioè, si può dire, fino al 25° anno di età. Dalla statistica globale di 68 casi di osteomielite costale raccolti da Fritz, si rileva che solo un quinto apparteneva ad individui di età superiore ai 25 anni.

Il processo infiammatorio sembra inoltre prediligere con più frequenza la zona immediatamente vicina all'articolazione condro-costale e la estremità dorsale della costa; la parte laterale del capitulum costae. Di più, in ordine di frequenza, sono più colpite le ultime quattro coste e quelle dalla IV alla VII. König a tal proposito scrive: « Io non so se è un caso che io abbia visto l'osteomielite acuta soltanto alle ultime tre coste ».

Per quanto riguarda l'agente patogeno nel più gran numero dei casi (11 con la mia osservazione) fu isolato lo stafilococco piogeno aureo. Altre volte vennero isolati dal focolaio germi di altra specie: il gonococco, lo streptococco, lo stafilococco albo, il pneumococco.

Braquehaye fa notare che nei fanciulli con frequenza l'agente patogeno dell'osteomielite si trova essere lo streptococco o il pneumococco. Tale osservazione è confermata anche da Fritz.

Ma, data una così piccola casistica, non si possono a tale riguardo trarre deduzioni di indole generale. Tutt'al più mi sembra che anche qui i resultati bacteriologici ottenuti giustifichino quel che Kraske diceva molti anni or sono circa gli agenti specifici dell'osteomielite in genere, che cioè: « Ogni microrganismo che possegga la qualità di piogeno possa dar origine nell'uomo a una tipica osteomielite ».

La diagnosi di queste forme, come già accennai, presenta quasi sempre una notevole difficoltà.

In primo tempo l'insorgenza improvvisa del male senza antecedenti traumatici o locali che mettano sulla strada, e i fenomeni imponenti: alta febbre, brivido, stato di forte prostrazione, fa pensare all'esordio di una grave infezione generale e varie volte fu creduto di trovarsi di fronte a casi di tifo (Friedler, Fritz). In tale periodo la diagnosi di osteomielite costale è pressochè impossibile.

Più tardi, quando i fatti locali si sono ulteriormente esplicati e si è avuta la formazione di ascessi si richiede un'accurata diagnosi differenziale specie con forme infiammatorie sia delle parti molli che di organi profondi e del torace e dell'addome.

Così talvolta un flemmone di origine costale delle prime coste, facendosi strada sotto al pettorale, può far capo al cavo dell'ascella e simulare un flemmone da linfoadenite. Del pari un focolaio purulento formatosi dalla parete viscerale della costa e diffondendosi verso la pleura può far pensare ad un empiema saccato. E poichè in tal caso si possono osservare i segni di compressione polmonare: affievolimento del murmure respiratorio, soffio bronchiale ed anche quelli del versamento pleurico (egofonia, ad esempio), ci si rende ragione del come sia facile cadere in tale errore diagnostico. Nella statistica di Fritz sono infatti riportati tre casi, nei quali era stata posta la diagnosi di empiema.

Ma per limitare questi brevi cenni critici al caso di mia osservazione, mi occupo senz'altro dell'osteomielite delle ultime tre o quattro coste sia perchè, come si è visto, sono le più frequentemente colpite, sia perchè dànno origine ad un identico quadro clinico e presentano le medesime difficoltà di diagnosi differenziale.

E qui è opportuno un ricordo anatomo-patologico. Alla faccia posteriore delle ultime 4 coste si inserisce il muscolo trasverso dell'addome per mezzzo della sua aponeurosi. Sulla facciata anteriore e al margine inferiore si inseriscono: anteriormente il muscolo grande obliquo dell'addome e verso la estremità dorsale il muscolo piccolo dentato posteriore e inferiore. Questo piano muscolare, sotto il quale giacciono le coste, è, a sua volta, ricoperto dal corpo carnoso del m. gran dorsale.

Quando adunque, come nel mio caso, un processo osteomielitico interessa una delle ultime tre coste, il pus che trae origine da questo focolaio trova una via naturale di propagazione negli interstizi cellulari intermuscolari e interfasciali dei vari piani muscolari ai quali ho ora accennato e segue questa via, dirò così, anatomica, mentre le robuste inserzioni dei muscoli e le aponeurosi si oppongono a che l'ascesso si esteriorizzi senz'altro alla cute.

E se seguiamo l'ulteriore svolgersi della suppurazione partitasi dalle ultime tre coste, si comprende come, favorita anche dalla declività della via, infiltrandosi dapprima tra i muscoli della parete posteriore dell'addome, determini, come nel caso in parola, soltanto un edema e un sollevamento diffusi della cute soprastante al focolaio di diffusione.

È invece solo nel periodo più tardivo che si potrà apprezzare una netta tumefazione cutanea, quando la raccolta purulenta avrà raggiunto i punti meno resistenti della parete addominale posteriore (spazio di Grynfeld o tetragono di Krause, triangolo di Petit); perchè in corrispondenza di questi punti avrà tendenza ad esplicarsi verso l'ambito cutaneo.

Ma tutte le suppurazioni, che hanno luogo profondamente nelle regioni costo-lombari o costo-iliaca, sia che si originino da qualsiasi organo retroperitoneale, posto che l'evenienza di una loro invasione nella cavità peritoneale mediante usura del peritoneo è affatto eccezionale, hanno un identico decorso anatomo-patologico. Iniziano la loro evoluzione decorrendo negli interstizi intermuscolo-aponeurotici, per

raggiungere poi i punti di minore resistenza nelle regioni indicate più sopra, in corrispondenza delle quali fanno sporgenza al disotto della cute e, se non interviene la cura adatta, invadono il sottocutaneo.

Perciò il quadro clinico dell'osteomielite delle ultime tre coste (ed eventualmente anche della IX) è in gran parte a comune con quello di altri processi suppurativi acuti, che si partono da altri organi, ed in confronto dei quali occorrerà discutere la diagnosi differenziale e principalmente, mi sembra, la paranefrite suppurativa e i vasti flemmoni retroperitoneali di origine appendicitica.

Nella paranefrite il pus si trova in un primo tempo limitato alla capsula adiposa del rene, al davanti del muscolo quadrato dei lombi; poscia attraversa l'aponeurosi anteriore di questo muscolo e « viene a sporgere nel margine esterno della massa sacro-lombare là dove si trova l'ernia lombare » (Tillaux). Per questa affezione parleranno la sede più ristrettamente lombare della raccolta purulenta, ciò che potrà osservarsi solo all'inizio della malattia, la presenza di focolai suppurativi a distanza (foruncoli), la precedenza di ferite o di traumi alla regione lombare.

Nei flemmoni retroperitoneali di origine appendicolare l'anamnesi che registra precedenti morbosi a carico dell'appendice e l'esame obiettivo degli organi dell'addome, potrà eventualmente illuminare sulla genesi peritiflitica dell'affezione. Dico eventualmente, poichè talvolta si è sorpresi in certi casi della mancanza di dati anamnestetici e di dati obiettivi che possano far supporre un'appendicite in atto, e lla giusta diagnosi può solo porsi dopo di aver praticato l'intervento curativo, come riferisce Taddei nel suo trattato di Diagnostica Chirurgica. Anche a me è accaduto recentemente di osservare un caso analogo.

Il flemmone intramuscolare della parete posteriore dell'addome è un'evenienza patologica così rara che merita appena di essere citato in tema di diagnosi differenziale.

In tale difficoltà diagnostica gli AA. che si occuparono dell'argomento, cercarono di colpire negli ammalati un qualche sintomo particolare che valesse a mettere sulla strada di una possibile affezione acuta costale.

Fiedler, fra gli altri, dà come sintomo caratteristico della osteomielite costale il « dolore di vita » (Leibschmerz) e pensa che tragga origine da una irritazione del nervo intercostale che si irradia poi fino all'addome per mezzo dei rami comunicanti anteriori di tal nervo. Ma questa dolorabilità spontanea nel nostro caso non potè essere dimostrata e del resto nella citata statistica di Fritz un tale fatto è notato una volta solamente.

Sarebbe invece importante di poter cogliere in questi ammalati quei sintomi soggettivi ed obiettivi che traggono la loro spiegazione da una lesione delle ossa della gabbia toracica.

E, a tale scopo, l'attenzione del medico sarà portata sull'apparecchio respiratorio. Nella grande maggioranza delle osteomieliti notate, pur essendo riuscito negativo l'esame del torace per quel che riguarda affezioni degli organi in esso contenuti, si ha un'alterazione del ritmo respiratorio consistente in un respiro più superficiale e più frequente arrivando talvolta ad un numero molto alto di respiri, come nel caso di Fiedler, in cui se ne avevano fino ad 80 per minuto. È chiaro che un tale sintomo sarà meno evidente nelle ultime tre coste la di cui escursione nei movimenti respiratorî è molto limitata, pur tuttavia lo si ritrova sempre ed anche nel caso nostro si contavano dai 25 ai 30 respiri per minuto.

Le profonde inspirazioni e la tosse producono un dolore acuto, che, se pure è diffuso ad una vasta zona, si fà talvolta sentire più acutamente in corrispondenza del focolaio della lesione costale.

Molto importante a rilevarsi è la squisita dolorabilità che si ha nei movimenti del corpo del paziente, specie in quelli che obbligano alla contrazione dei muscoli addominali, che si inseriscono sulla costa malata. Tali movimenti, in certi casi, sono resi addirittura impossibili.

La palpazione riesce sempre molto dolorosa e non ci fornisce in genere dati sicuri.

Io penso che ci si potrebbe utilmente servire dell'artifizio seguente, che nel nostro caso non potè essere posto in atto, giacchè la lesione costale non venne affatto sospettata.

Applicate fortemente le dita di una mano in corrispondenza dell'estremità vertebrale delle coste, che si sospettano malate, si preme bruscamente con l'altra mano applicata a piatto anteriormente sul torace come per esagerare la curvatura normale delle coste. Con tale manovra, ove esistesse un focolaio di osteomielite, sarebbe possibile il risvegliare un improvviso acuto dolore in un punto fisso corrispondente al focolaio di lesione.

Di tutti questi dati semeiologici nessuno, tranne forse l'ultimo, è caratteristico dell'osteomielite acuta costale, ma sarà bene ricercarli con cura e tenerli nel debito conto potendo portare un aiuto non indifferente nella diagnosi, il più delle volte difficile, di tale affezione.

BIBLIOGRAFIA.

BERGMANN. *Uber die in der Kieler chirurgischen Klinik in den Etatsjahren* 1899-1900 *vorgekommenen Fälle von Osteomyelitis acuta.* — Diss. Kiel, 1902.

BERTOYES. *Ostéomyélite de la VII^e côte.* — Lion. méd., 1886.

BRAQUEHAYE. *Ostéomyélite de la Vᵉ côte gauche.* — Boll. de la Soc. Anat. de Paris, 1894.
DAVIS. *Anatomia applicata.* — Milano, 1913.
FILSER. *Beiträge zur Kasuistike der akuten infektiösenosteomyelitis costae.* — Diss. München, 1904.
FIEDLER. *Beitrag zur primären Osteomyelitis der Rippen.* — Munch. Med. Woch., 1908.
FROHNER. *Beiträge zur Kenntis der Osteomyelitis der kurzen und platten Knochen.* — Beltr. zur. klin. Chirurgie, Bd. 5, 1889.
FRITZ. *Die Akute Osteomyelitis der Rippen.* — Beitr. z. klin. Chir., 1910.
HAMAN. *Ostéomyélite costale aigüe.* — Thèse de Paris, 1899.
KÖNIG. *Lehrbuch der speziellen Chirurgie,* 1899.
KRASKE. *Zur Aetiologie und Pathogenese der akuten Osteomyelitis.* — Arch. f. klin. Chir., Bd. 34, 1887.
SWOBODA. *Uber Osteomyelitis in Saüglingsalter.* — Wien. klin. Wochenschr., 1897.
TADDEI. *Semeiotica fisica e diagnostica chirurgica,* 1917.
TESTUT et JACOB. *Anatomia topografica.* — Torino, 1908.
TILLAUX. *Anatomia topografica.* — Milano, 1895.

STORIA DELLA MEDICINA.

Maurizio Bufalini e il suo " Saggio sulla dottrina della vita ,,.

Col 30 marzo 1920 è ricorso il quarantacinquesimo anniversario della sua morte e non credo debba reputarsi cosa fuori di posto parlare di Maurizio Bufalini in un giornale di medicina che la gran maggioranza dei medici italiani legge e conosce. Lo credo anzi necessario poichè una voce, anche modestissima, che richiami alla mente nostra la figura di un uomo tanto grande, che ben a ragione può dirsi il padre della medicina italiana, varrà non foss'altro a far nascere in alcuno il desiderio di conoscere meglio questo grande maestro che rifulse di viva luce nelle prime sette decadi del secolo scorso e che, strenuamente e tenacemente combattendo teorie e dottrine che tanto piede avevano preso in Italia e fuori, riuscì a dimostrarne la falsità e a dettare i principii di una sana patologia analitica, basata sull'attento esame dei fenomeni e dei loro reciproci legami.

E voglio fermarmi più specialmente ad esaminare il suo « Saggio sulla dottrina della vita » che non è la sua opera maggiore, ma che ha il pregio di rappresentare la pietra angolare su cui basò l'intera sua produzione scientifica. Tale Saggio, dice R. Mori in un suo dotto discorso commemorativo, « fu la luminosa scintilla del genio che diradò le tenebre di quel tempo e del successivo, fu la luce che richiamò la medicina nella via esperimentale, staccandola dal suo passato e svincolandola da ogni ipotetico medico sistema, fu la voce la quale proclamò che nella scienza non si deve dare fede alla autorità e ciecamente seguirla, ma che ai fatti bene accertati e solo alla evidenza di questi dobbiamo piegarci ». (R. MORI: *A. Maurizio Bufalini*). — Tipografia Nazionale Vignuzzi, 1883).

E invero troviamo in esso un giusto indirizzo per uno studio della vita che sappia trarre profitto delle luminose scoperte di cui, in tutti i campi della scienza, furono ricchi i due secoli precedenti: La fisica aveva ricevuto forte impulso da Galileo, la circolazione del sangue era stata dimostrata da Harvey, la chimica era giunta a dettare le leggi del moto; si era scoperta la cellula di Malpighi e la sua importanza nella costituzione dei tessuti messa in evidenza dal Morgagni; studi erano stati fatti sulla sensibilità e sull'irritazione, Spallanzani aveva spiegato i fenomeni della digestione, della respirazione e studiati i globuli sanguigni.

La medicina non aveva saputo trarre il debito profitto di tutte queste scoperte e batteva ancora false strade senza uscita; Bufalini addita la causa prima di tanti errori e spinge all'esame attento dei fatti, quali appaiono ai nostri sensi, che rappresentano « *i primi gradi di quella scala, che di montare farebbe mestieri, onde aggiungere a lo scoprimento della prima origine dei fenomeni della vita, e quindi ritrarne i generali principî della scienza. Di che pertanto è manifesto, come tutti i sistemi di medicina, che l'orgoglio dettò con vana presunzione di posare i generali principî della scienza, possano sì bene testificare l'acuta penetrazione e inquietezza dell'umano intendimento, non essere giammai un'esatta interpretazione della natura. E per certo, a ben considerarli, si vedrà come sempre o si assunsero arbitrarie basi, o tropp'oltre al vero si dilatarono i legami scambievoli dei fenomeni conosciuti* ». (Cap. 13-14).

Considerando i grandi fenomeni della natura e analizzandoli si deve ritenere che l'essere che vive rappresenta l'ultimo passo, cui si è arrestata la natura nel conferire alla materia i principî della sua attività. (Cap. I).

L'íntima essenza dei fenomeni vitali ci è del tutto sconosciuta, essi sono ben diversi da tutti gli altri fenomeni e possono riportarsi a due principali: « *Un movimento che non seguita le leggi del meccanico impulso, e la unione di principî materiali, mantenuta e rinovellata di continuo a l'incontro delle regole della chimica affinità* ».

La vita è il risultato dell'unione di un principio specifico con la comune materia, la quale non differisce da quella vitale come l'analisi ha dimostrato. Bisogna quindi pensare che la forza vitale, propria degli esseri organizzati,

sia inerente alla proporzione e disposizione delle sostanze stesse, essendo troppo ardita, e non suffragata dai fatti, l'ipotesi di una speciale materia di organizzazione, una e indivisibile, dalla quale far dipendere l'attitudine alla vita e tutti i fenomeni normali e patologici. (Cap. 3-8).

Tale ipotesi sbagliata ha portato alla falsa dottrina dell'eccitamento della quale ecco i principî fondamentali: « *La vita consistere nel risultamento dell'azione degli stimoli su l'eccitabilità: per eccitabilità intendersi una specifica proprietà che distingue il vivente dal morto; lo stimolo tutto ciò che può chiamarla ad azione: in natura tutto agire stimolando: vita ed eccitamento valere la medesima significazione: senso, contrazione muscolare, azioni della mente, emozioni, costituire altrettante maniere di eccitamento* (Cap. 15).

In base a tali principî il Brown veniva ad ammettere l'esistenza di una forza, distinta dalla materia e regolante i fenomeni vitali; tale forza, detta eccitabilità, era identificata con la vita e ogni mezzo, capace di modificarla quantitativamente, modificava corrispondentemente i fenomeni vitali esterni. Da ciò la divisione delle malattie in « steniche » e « asteniche » o di difetto di eccitamento; a queste venivano aggiunte le « malattie universali », dipendenti da predisposizione stenica o astenica e non legata ad alterazioni organiche, le « malattie locali », date da materiale alterazione dell'organismo.

Attratti dalla semplicità di tale sistema vitalistico i medici lo accettarono, studiandolo e completandolo con le teorie del « controstimolo » (Rasori) e della « irritazione » (Guani e Rubini) o terza maniera di azione; e tanta diffusione e sì forti radici prese tale scuola che « fin nel 1857 la grande mente di Giovanni Müller non sapeva staccarsene e accettava la completa distinzione della natura inorganica dalla organica concependo la vita come una forza separata dalla materia, capace di produrre e di migliorare l'organismo ». (MURRI: *Pensieri e precetti*, pag. 15).

Bufalini aveva compreso l'errore quarantaquattro anni prima!

« *La definizione browniana* », dice Egli, « *è piuttosto un'appellazione della vita, che una vera definizione; volere quindi comprendere da essa la vera essenza della vita, o sia dell'eccitamento, farebbe mestieri conoscere innanzi quella dell'eccitabilità* ». (Cap. 15). Così è sbagliato l'affermare che le malattie dipendono da eccesso o difetto di forza vitale o eccitamento poichè in tal modo non si tien conto che una forza non è soggetta a sole variazioni di quantità ma anche di direzione. Inoltre l'eccitamento non essendo altro che una proprietà inseparabile dello stato intrinseco della fibra organica, varierà col variare di questo e la malattia, essendo conseguente ad alterazioni dello stato organico che è per natura complesso e legato a influenze svariatissime, può manifestarsi in moltissimi modi, escludendo la possibilità delle due sole diatesi Browniane.

Ogni mutamento del misto organico altera dunque la forza o proprietà che nasce da esso e quindi la vita « primitiva » in quantità e direzione; ma un'alterazione, anche se si manifesta, non ci dice lo stato della vita primitiva, poichè questa non è il solo elemento concorrente alla sua produzione, nè quindi ci dice la causa della malattia. Le parole forza, torpore e simili, tanto usate dai medici sono quindi ben lontane dal dirci lo stato essenziale della malattia e dal dirigerci nella cura. La origine prima delle malattie si deve ricercare nello stato del misto organico semplicissimo, dal quale dipende il movimento vitale. (Cap. 19-21).

A tal punto possiamo dire di essere agli antipodi degli insegnamenti del vitalismo, poichè non solo il Bufalini nega l'esistenza di una forza vitale, distinta dalla materia organica ma dichiara essere questa forza vitale dipendente da una fisica e chimica tutta particolare della materia stessa.

Nota poi che altro elemento importantissimo per la determinazione dei vari aspetti della malattia è il fenomeno dell'assimilazione, che serve al mantenimento dello stato organico; e, studiando meglio i fenomeni morbosi in rapporto ai singoli organi, ai sistemi e al misto organico semplice, nota come ogni malattia locale debba ripercuotersi sullo stato generale dell'organismo, e come possa affermarsi essere ogni malattia in origine locale, con tendenza a diventare generale. Non esiste quindi differenza essenziale fra malattia locale e generale, si potrebbero invece distinguere: le malattie relative alle condizioni del primitivo misto organico; malattie relative al particolare ordinamento dei sistemi; malattie relative alla speciale costruttura degli organi; infine malattie date dal combinarsi di queste tre divisioni o « malattie composte » che forse sono le sole a verificarsi praticamente. Tali malattie debbono avere un tipo uniforme di formazione e di sviluppo poichè in genere si dovrà avere un agente specifico che le produce e un tessuto od organo che inizialmente è atto ad essere attaccato dall'agente specifico stesso. (Cap. 22-26).

Ammesso questo meccanismo di formazione dello stato morboso, contrariamente alle teorie Browniane, cade *a fortiori* il metodo di cura basato sullo stimolo e sul controstimolo, atti a modificare quantitativamente la forza vitale

dell'organismo. Visto come le malattie risalgano ad alterazioni intime del misto organico semplicissimo, là dove non arriva a leggere l'umano intelletto, si dovranno seguire i dettami dell'esperienza che si basa sullo studio dei casi e sulla simiglianza dei sintomi, fino a ricercare l'identità di due forme morbose e dare quel medicamento che la pratica insegni essere utile.

« *Nè si creda perciò* » e qui trascrivo le parole stesse del Maestro « *la medicina abbassata a cieco empirismo.... Chè per lo empirico la prima apparenza dei fenomeni morbosi decide della somiglianza dei casi; ma non così adopera il medico cui sogliamo dire razionale; chè egli allarga molto più le sue indagini; e raccoglie tutte le più minute circostanze del caso; e le confronta, e ne cerca i rapporti e le differenze; e distingue le più e le meno importanti, le essenziali e le avventiccie; e insomma, tutto usa l'esatto rigore della analisi. E in questo veramente consiste la differenza fra il vero empirico e il medico razionale, che il primo guarda i fatti con rapporti troppo più limitati che non sono, laddove che il secondo s'avanza a conoscerli fin dove mai può l'umano pensiero poggiare* ». (Cap. 30).

Queste parole dovrebbero essere presenti a ogni medico che si accinga ad esaminare un malato, pensando che esse sole basterebbero per costituire la gloria di chi le disse primo, quando tutto il mondo scientifico non sapeva staccarsi dalle vecchie dottrine vitalistiche. Basterebbero certamente, perchè in esse si trova additata la giusta via per la quale potè finalmente mettersi la medicina e giungere all'altezza cui ora si trova.

E voglio qui ricordare quanto ha scritto un nostro grande clinico, che è sempre stato fra i più ferventi ammiratori di Maurizio Bufalini e difensori della sua grande gloria: « Gente di non grande levatura, ma gonfia per qualche minuscola osservazione propria, chiede spesso e quasi con aria di soddisfazione che cosa resti oggimai dello scienziato, che suscita così viva la nostra ammirazione. Che cosa resta? Niente più che un consiglio, ma un consiglio, seguendo il quale la medicina si rinnovò e seguiterà a rinnovarsi; fu Egli, che ai medici, i quali da secoli farneticavano dietro gli archei, ripetè senza posa, che tali folleggiamenti erano durati anche troppo e che era ormai tempo che, smesso ogni « a priori », si scrutasse ingenuamente la materia con l'osservazione clinica, col coltello, col microscopio, con la storta, colle macchine, colle vivisezioni ». (A. MURRI: *Rivista Clinica*, 1883).

Cesena, marzo 1920.

Dott. AURELIO ANGELI.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

Herpes zoster e varicella.

(CLAUDE B. KERR. *Lancet*, 14 agosto 1920).

La questione della identità patologica tra herpes zoster e varicella è ritornata in discussione. Benchè sia molto improbabile che fra le due affezioni, che sono state sempre considerate come due entità cliniche ben distinte, vi siano delle relazioni, tuttavia è molto interessante lo studio delle osservazioni che hanno indotto a sospettare che l'herpes zoster e la varicella siano la medesima malattia.

Bokay nel 1892 riferì di avere osservato nove casi di varicella che si erano manifestati da 8 a 20 giorni dopo che nella stessa famiglia o nello stesso ospedale si erano avuti casi di herpes zoster, e ciò mentre pareva impossibile che il contagio della varicella potesse avere altra origine. Più recentemente sono state fatte da altri numerose osservazioni analoghe ed è stato sopra tutto Le Feuvre che ha sostenuto con calore la identità delle due affezioni.

Innanzi tutto bisogna osservare che nelle osservazioni che hanno condotto a tale ipotesi, si sono potuti verificare errori di diagnosi in rapporto sopra tutto alla irregolarità di distribuzione delle pustole nella varicella. Conviene anche considerare che la interpretazione su detta può essere stata suggerita dalla irregolarità dell'eruzione della varicella, la quale può essere influenzata da fattori esterni. È ben noto che nel vaiuolo la concentrazione della eruzione può essere determinata da pressioni locali o irritazione di alcune parti del corpo, e che talora le pustole si manifestano più numerose in punti dove ordinariamente si producono più scarsamente. Così si ha maggior numero di pustole in parti dove all'inizio della malattia si è applicato un vescicante, sui punti della pelle dove esercitano pressione i colletti, le giarrettiere ed i legacci in genere. Anche nella vericella la distribuzione delle pustole può essere influenzata da cause analoghe. E Hamburger ha supposto che alcuni dei casi di herpes zoster, che furono seguiti da altri casi di varicella, siano stati in effetti essi stessi casi di varicella, nei quali la peculiare distribuzione delle pustole sia stata determinata da pressione o frizione esercitata dal busto. Analogamente si può constatare che in alcuni ragazzi le pustole della varicella si producono nelle parti coperte da fasce o bende. Kerr ha osservato che in un ragazzo nel quale, durante il periodo di incubazione della varicella, si produsse una frattura della clavicola, le pustole erano tre o

quattro volte più numerose alla spalla, al braccio ed al collo, ossia nei punti coperti dal bendaggio. In un altro caso, una giovanetta, le pustole, mentre avevano una discreta diffusione al tronco, erano invece numerosissime alla faccia tanto da far pensare al vaiuolo; questa predilezione topografica si spiegava col fatto che la inferma aveva per qualche tempo giuocato al sole, la irritazione dei raggi solari aveva determinata la localizzazione della eruzione. In un altro paziente, nel quale la varicella si manifestò qualche giorno dopo la scomparsa di un esantema scarlattinoso, le pustole si manifestarono numerosissime sul tronco e sugli arti, dove l'esame era stato più intenso, e non se ne manifestarono che pochissime alla faccia, ossia nella parte risparmiata dall'esantema scarlattinoso. In nessuno di questi casi però l'eruzione aveva una distribuzione analoga a quella dell'herpes.

Comunque i fatti riferiti dai sostenitori della identità sono abbastanza interessanti.

Come si è detto, fu Le Feuvre che sostenne con maggiore insistenza la identità fra herpes zoster e varicella. Egli nel 1917 raccolse ben 50 casi nei quali l'herpes precedette, seguì o era coesistente con la varicella.

I casi del primo gruppo furono più numerosi. Sui 50 casi di Le Feuvre 40 volte a casi di herpes zoster, di solito in persone della medesima famiglia, seguirono nei limiti del periodo di incubazione casi di varicella. Due casi analoghi furono successivamente osservati da Crauston Low, quattro da Taylor, altri da Charpentier, Diugwall, Wilson ed infine quattro da Kerr stesso.

I casi nei quali l'herpes seguì alla varicella furono soltanto cinque, e dopo quelli segnalati da Le Feuvre non ne sono stati più registrati.

I casi nei quali nello stesso individuo si manifestarono contemporaneamente le due malattie furono soltanto quattro. A questi bisogna aggiungere quei casi nei quali in individui della stessa famiglia in alcuni si ebbero manifestazioni erpetiche, mentre in altri contemporaneamente si ebbe la varicella. Casi di tal genere sono stati riferiti da Crauston Low, da Oakes e da Gray.

È interessante anche notare che talvolta l'herpes zoster assume carattere epidemico. Epidemie di zoster sono state rilevate nel 1917 da Heim in Ungheria.

Crauston Low sostiene che l'herpes sia una infezione locale, mentre la varicella una infezione generale; nei casi misti il virus si localizzerebbe dapprima ai gangli intervertebrali e poi invaderebbe la circolazione.

Ma la identità del virus resta ancora a dimostrare. Una tale ipotesi è contrastata da molti fatti clinici ed epidemiologici. Giova ricordare la circostanza che l'una infezione non immunizza verso l'altra; i casi nei quali individui hanno avuto anche a breve distanza di tempo varicella ed herpes non sono pochi. D'altra parte resta ancora a dimostrare la natura infettiva dell'herpes.

Allo stato dei fatti pur non potendosi senz'altro ripudiare la idea della identità fra le due affezioni, si deve riconoscere che essa non è ancora suffragata da fatti numericamente e qualitativamente sufficienti. La quistione merita ancora di essere studiata. *dr.*

CHIRURGIA.

Sull'ipertrofia della prostata.

(Dott. WILLI HIRT. *Berl. Woch.*, n. 14).

Il più completo lavoro riassuntivo sulla ipertrofia della prostata è — dice l'A. — quello da me compilato nel 1910. Durante il periodo della guerra, malgrado le difficoltà della diffusione della letteratura straniera, si sono avuti nuovi copiosi studi sull'argomento.

Riguardo all'etiologia, da allora stanno di fronte quattro teorie: l'infiammatoria, la neoplastica, l'arteriosclerotica e la funzionale. Secondo il Pietze, negli ultimi tempi l'ipertrofia consisterebbe nella proliferazione di noduli epiteliali isolati, aventi l'aspetto di adenomi, i quali sotto l'azione della funzione genitale acquistano maggior volume; sarebbe quindi una combinazione della teoria neoplastica e di quella funzionale. Dal punto di vista dell'anatomia patologica, la prostata dalla nascita fino al 20° anno aumenta più del doppio il suo volume; dopo i 60 anni, nel 56 % dei casi, si trovano delle variazioni dalla struttura normale.

Un gran numero di osservatori, da Motz a Margaux, sono concordi nel ritenere che una vera e propria ipertrofia della prostata non esiste mai: l'aumento di volume talvolta enorme si riscontra non nelle glandole anteriori, ma solo in quelle periuretrali, che stanno al collo della vescica. Queste glandole son divise dalla vera prostata dallo sfintere intraprostatico. La prostata invece si riduce di volume nella vecchiaia, come tutte le altre glandole normali, e le glandole periuretrali per compenso proliferano. Vogliamo qui accennare alla degenerazione carcinomatosa delle glandole, che è inoperabile e di cattiva prognosi.

La diagnosi, in generale, non è difficile. Talora è sufficiente l'esame esterno e l'introdu-

zione del dito nel retto o l'introduzione del catetere; di rado ci serviamo della cistoscopia e quando sia veramente necessaria, giacchè nelle grandi ipertrofie è difficoltosa e non di rado pericolosa. In generale la percussione e la palpazione danno un concetto abbastanza chiaro sullo stato della vescica e però è consigliabile di evitare l'uso del catetere (quando si tratti solamente della diagnosi), il quale, a vescica piena, può avere delle gravi conseguenze, emorragie, cistite, pielite ed accidenti generali.

La difficoltà maggiore è nella terapia. La terapia generale sintomatica non è differente da quella finora usata ed è già nota. Prima di ogni altra è da accennare alla cura dei raggi. Saki specialmente nei cani e nei porcellini d'India ha osservato processi atrofici nella prostata con l'uso dei raggi Röntgen, ma questi esperimenti hanno poco valore. Di maggiore importanza sono gli esperimenti di Wilms, il quale ha agito con i raggi Röntgen direttamente sulla prostata, ottenendo in molti casi, buoni risultati, più che per la riduzione del volume, per il processo infiammatorio stesso della prostata. Tappeiner ha avuto favorevoli risultati mediante i raggi diretti sui testicoli e Jacobsolm ha trovato molto utile il mesotorio introdotto nell'intestino.

Della vasectomia non si tiene più alcun conto. Accenniamo solamente alle esperienze di Goldschmidt sull'illuminazione dell'uretra posteriore e sull'incisione galvano caustica nella prostata, che avrebbe dato buoni risultati.

Di fronte a questi trattamenti incruenti stanno le operazioni chirurgiche, le quali hanno un'importanza di gran lunga maggiore.

Della cistopessia del Goldmann molto tempo fa proposta non se ne parla più.

Come operazione di urgenza è molto usata l'apertura della vescica, sia per punzione sia per mezzo del taglio ed applicazione di un catetere mantenendo permanentemente o temporaneamente aperta la fistola. Questo atto operativo di scelta nell'ipertrofia prostatica ha in Rovsing il più caldo partigiano. Certamente una fistola vescicale intorno al catetere dalla quale non scorre affatto orina e nella quale il catetere viene cambiato ogni 4 o 6 settimane è ottima cosa teoricamente; ma presenta nella pratica grandi inconvenienti: raramente la fistola rimane asciutta, si vanno spesso formando dopo pochi giorni delle concrezioni intorno al catetere e sorgono negli ammalati dolori violentissimi, insopportabili nel pene e nel glande.

Un altro processo, raccomandato da Siter e Bayer, consiste nella dilatazione dell'uretra posteriore dall'alto taglio vescicale.

Prima di trattare della prostatectomia, vogliamo accennare ai dati presentati da Squier, secondo i quali la mortalità dei prostatici non operati è del 50 %. Noi abbiamo riscontrato sul 56 prostatici non operati 18 casi di morte, il 35 %, dovuti a cachessia, a sepsi, intossicazione urinaria, uremia per pielite e pielonefrite. Tali statistiche stanno a dimostrare la gravità dell'ipertrofia prostatica. Quale è la condotta da seguire in presenza di un simile caso di ipertrofia prostatica? Il cateterismo è senza dubbio pericolosissimo, malgrado la più scrupolosa asepsi, tanto che lo stesso Squier afferma che i prostatici non cateterizzati vivono 5 anni di più di quelli cateterizzati.

Le due operazioni di maggiore importanza sono la prostatectomia soprapubica e quella perineale. Riguardo alla scelta è viva ancora la discussione; secondo noi la decisione deve essere data dalla varietà delle alterazioni prostatiche, dando la preferenza al m. suprabubico quando si tratti di ipertrofia alta, mobile, riconosciuta alla cistoscopia, od invece al m. perineale quando il tumore prostatico è riconoscibile sullo sfintere anale, dal retto e legato forse a dei tumori grossi emorroidali. Scegliere quindi il metodo da seguire caso per caso. Secondo la nostra esperienza il metodo perineale dà una mortalità minore (circa l'8 %, mentre il soprapubico circa il 17 %). Il metodo perineale dà frequentemente luogo ad incontinenza ed impotenza, mentre Borchgrewingk e Lichtenstern dimostrano che il metodo soprabubico non lede in alcun modo l'attività genitale. Conseguenze del metodo perineale sono le fistole vescico-rettali od uretro-rettali, che possono dar luogo alla formazione dei calcoli.

Sono rarissime col metodo soprapubico le lesioni del retto.

Linartz ha costruito un istrumento a forma di cavatappo per perforare e tirare in alto la prostata, Pflauwer passa sotto la prostata un catetere Nelaton allo stesso scopo. Io non mi son mai valso di questi mezzi; col dito in posizione orizzontale penetro nella capsula prostatica e sollevo e fisso la prostata stessa contro la sinfisi, che offre un ottimo punto di resistenza, evitando così qualsiasi lesione rettale. Non vi ha dubbio che la prostatectomia è sempre un gravissimo atto operativo come risulta dalla sua mortalità, che è però varia secondo gli autori: il 7,3 % secondo Borchgrewingk e Coeven, il 18 % secondo Rovsing, il 32 % secondo Dubs. In vista della emorragia Carper Borchgrewingk ed altri raccomandano

le soluzioni di novocaina-adrenalina, come anche le irrigazioni calde nella cavità della ferita o la compressione vasale mediante la spatola di Wilms.

Per assicurarne lo scolo nel metodo soprapubico Carper raccomanda il drenaggio.

Importantissima è la questione della narcosi, che in generale si vuole evitare, sostituendola con la anestesia lombare o locale. Noi adoperiamo la anestesia lombare, senza aver mai finora constatato incidenti spiacevoli. Carper preferisce l'anestesia parasacrale alla Braun con la novocaina, Allan e Forster usano l'anestesia locale, Hustler quella combinata lombare e locale.

Riguardo alla preparazione bisogna ricordarsi di non operar mai un prostatico senza un precedente esame della funzione renale. Secondo la mia pratica il metodo più semplice è quello della iniezione sottocutanea di indacocarminio, 10 cmc. nei glutei, dopo pochi minuti introduzione del catetere e svuotamento della vescica. Si lascia il catetere a posto, e si aspetta finchè non avviene la colorazione bleu dell'urina che gocciola, ciò che sta a dimostrare il buon funzionamento del rene. Il peso specifico non dev'essere inferiore a 1050. Per sostenere le forze del cuore si somministri per qualche giorno prima la digitale. Per diminuire i pericoli della prostatectomia si suole eseguir l'operazione in due tempi, però in Germania questo metodo è poco usato.

Riguardo al trattamento post-operatorio (la soprapubica, p. es.) bisogna tamponare? Mettere il catere a permanenza? Noi non consigliamo il catetere a permanenza dopo l'operazione, preferendo di tamponare la cavità. Nel metodo perineale tamponiamo egualmente introducendo un drenaggio nella vescica da rimuovere dopo 10 o 14 giorni. Altri metodi, ai quali vogliamo in fine accennare, sono il perineale (Wilms) nel quale il taglio cade non nel mezzo, ma lateralmente a sinistra; quello che si esegue in America (Belfield) e raccomandato da Pretorias, mediante il quale si utilizza la via naturale del canale uretrale dilatato; il metodo di Voelker, per cui il taglio cade a sinistra del sacro, parallelo alla linea mediana, si fa la resezione, se occorre, del coccige, si mette da parte e si solleva in alto il retto, liberando così la prostata e le vescichette seminali.

DE CHIARA.

SEMEIOTICA.

Sulla produzione del nistagmo di origine rotatoria negli individui normali.

(L. BARD. *Revue Neurologique*, 1919, pag. 177).

Il nistagmo provocato dalla rotazione di una sedia rotante è di uso corrente dagli otologi e dai neuropatologi; ma se i risultati non sono stati quali si doveva attendere, ciò dipese dal fatto che i reperti sono stati interpretati sulla base di una concezione inesatta del funzionamento proprio di ciascun labirinto e senza tener conto dell'azione che hanno i centri nervosi nella produzione del nistagmo.

Si sa che un individuo posto su di una sedia rotante presenta, durante la rotazione, un *nistagmo primario* le cui scosse brusche avvengono nel tempo stesso della rotazione, mentre al rude arresto della sedia si produce un *post-nistagmo* di senso contrario. Descritta la consueta tecnica usata in questa ricerca, l'A. osserva che vi si deve apportare una prima modificazione essenziale e cioè di sostituire all'osservazione del post-nistagmo fugace l'osservazione del nistagmo primario, legato alla rotazione stessa, che appare sin dal suo inizio e perdura per tutta la sua corsa. Un secondo difetto del metodo classico si è che esso non permette l'esplorazione separata e indipendente dei tre tipi morfologici del nistagmo, l'orizzontale, il verticale e il rotatorio. È ben vero che, nella stazione seduta, le inclinazioni forzate della testa del paziente, in opposizione con lo stare eretto e normale di questa, permettono di provocare la comparsa del tipo verticale o rotatorio a lato del tipo orizzontale; ma in tal guisa i vari tipi si sovrappongono e si mescolano in proporzioni diverse e non si ottengono che dei risultati complessi e poco utilizzabili.

La modificazione necessaria per far scomparire questo secondo difetto è di ricercare ciascuno dei tipi in una stazione differente, specialmente appropriata ad ognuno di essi; basta a ciò disporre, in luogo di una semplice sedia rotante, di un piano girante sul quale è disposta una poltrona suscettibile di trasformarsi a volontà in un letto orizzontale. La stazione seduta, col capo in posizione naturale, conviene al nistagmo orizzontale; il decubito sul dorso, con il capo sul piano, conviene al nistagmo rotatorio; la stazione sdraiata di lato al nistagmo verticale.

G. BILANCIONI.

Condizioni e meccanismo di produzione del nistagmo artificiale di tipo rotatorio e di tipo verticale.

(L. BARD, *Annales de Médecine*, 1919).

Il termine di nistagmo verticale è ben chiaro; esso designa il nistagmo costituito da scosse di direzione verticale e si produce quando lo sguardo è diretto verticalmente. Se si tratta di un nistagmo patologico spontaneo, si produce indifferentemente quando lo sguardo è diretto verso l'alto, sia quando è diretto in basso; nel primo caso la scossa brusca si dirige dal basso in alto e la lenta dall'alto in basso; nel secondo hanno direzione inversa. Questo nistagmo obbedisce dunque — come l'orizzontale — alla regola generale che le scosse brusche affettano lo stesso senso della direzione dello sguardo che le provoca, mentre le lente tendono a riportare i globi oculari alla loro posizione mediana di equilibrio.

Il termine di nistagmo rotatorio si presta a confusione, poichè si usa tal voce sia per designare il tipo rotatorio di movimento dei globi oculari e la direzione delle loro scosse, sia per indicare soltanto che il nistagmo è provocato da un movimento rotatorio del soggetto (sedia girante), qualunque sia il tipo morfologico del nistagmo stesso.

Nei casi di nistagmo patologico, come nella sclerosi a placche, si possono trovare sullo stesso malato i tre tipi di nistagmo, ma con frequenza ineguale; l'orizzontale è il più frequente, il solo presso che costante, mentre gli altri due, che non esistono quasi mai isolati, lo accompagnano quasi sempre; il verticale sarebbe più frequente del rotatorio.

Il nistagmo verticale è provocato dalla direzione verticale dello sguardo, in alto e in basso, nelle due direzioni quando è di origine patologica, in una sola quando è d'origine artificiale. Può essere necessario di designarlo, come quello orizzontale, non solo per la direzione dello sguardo che lo provoca, ma anche per quella del senso delle scosse brusche, benchè, di regola, queste due direzioni siano identiche, poichè esistono dei casi patologici nei quali può aversi un nistagmo invertito.

Il nistagmo di tipo rotatorio è provocato talora dalla semplice fissazione laterale dello sguardo, ma ancor meglio dalle direzioni laterali oblique in basso, cioè dalle fissazioni in basso e a sinistra, o in basso e a destra, secondo i casi; qualunque sia il lato, allorchè il nistagmo è di origine patologica spontanea, da un sol lato quando è di origine artificiale. Come per le due altre forme, il senso delle scosse rapide e lente muta col senso laterale della fissazione; e per evitare equivoci nel definire la natura del nistagmo è bene indicare con un segno convenzionale il senso delle scosse brusche, al pari delle lancette di un orologio, a seconda che indichi un movimento di rotazione di *senso diretto* o di *senso inverso*.

I tre modi di eccitamento artificiale del labirinto — la rotazione passiva, le irrigazioni termiche dell'orecchio, la corrente voltaica applicata ai labirinti — provocano egualmente il nistagmo orizzontale nei normali; non è lo stesso del nistagmo verticale e rotatorio, poichè lo stimolo termico è incapace di provocare questi tulimi e l'eccitamento voltaico non provoca che il tipo orizzontale e il rotatorio. Lo stimolo termico non provoca che l'orizzontale, poichè le variazioni di temperatura date dalle irrigazioni non raggiungono d'ordinario che il canale semicircolare orizzontale, la cui ampolla è la più vicina alla cassa timpanica.

La posizione del capo è indifferente, perchè le correnti endolinfatiche, che eccitano le creste acustiche, dipendono dai rapporti anatomici dei canali e delle pareti della cassa, rapporti che non si modificano con i mutamenti di posizione della testa.

L'eccitazione voltaica, all'opposto dello stimolo termico, interessa i canali verticali come pure l'orizzontale, almeno quando si tratta di applicazioni trasversali o unitemporali, come dimostra l'inclinazione della testa, che dipende evidentemente dai canali verticali.

L'eccitazione voltaica del labirinto, essendo dello stesso segno dei due canali verticali, produce delle inclinazioni unicamente, e così pure non provoca che il nistagmo rotatorio, escluso quello verticale, poichè il nistagmo verticale è una risposta riflessa a una inclinazione anteroposteriore, il nistagmo rotatorio una eguale risposta a un'inclinazione laterale: e per questo l'uno e l'altro raggiungono il loro massimo di sensitilità e di nettezza quando la rotazione che li provoca si fa nel piano mediano corrispondente.

Qualunque sia il gruppo di canali in questione, il loro stimolo artificiale provoca il nistagmo per il tramite di un duplice riflesso, cerebrale e cerebellare. L'unica differenza fra i tre tipi di nistagmo si è che l'azione dello stimolo cade, per ciascuno di essi, su di una regione differente dei centri girativi e dei centri oculomotori. Per il *nistagmo orizzontale* la regione influenzata è, nel centro oculomotore quella che comanda i movimenti coniugati di lateralità degli occhi, nel centro girativo quella che percepisce i movimenti di rota-

zione del corpo attorno al suo asse longitudinale; per il *nistagmo verticale* la regione influenzata è, nel centro oculomotore quella che comanda i movimenti coniugati di elevazione o di abbassamento degli occhi, e, nel centro girativo, quella che percepisce le inclinazioni antero-posteriori, i mutamenti in avanti o in dietro; per il *nistagmo rotatorio* la regione influenzata è, nel centro oculomotore, quella che comanda i movimenti coniugati di rotazione degli occhi, e, nel centro girativo, quella che percepisce le inclinazioni laterali.

G. Bilancioni.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Medico-Chirurgica di Bologna.

Adunanza scientifica del 28 maggio 1920.

Prof. Vittorio Putti, presidente.

La reazione sudorale nelle lesioni tubercolari chirugiche durante l'elioterapia.

Marconi V. — L'elioterapia generale e locale produce una sudorazione che si manifesta come una rugiada gemente dalle ghiandole sudorifere all'intorno della lesione, più intensa in vicinanza delle soluz. di continuo, sfumantesi alla periferia, mentre il resto della cute del corpo è asciutta. Compare dopo un certo numero di sedute e nei più vari casi: nelle ulcerazioni cutanee da lesioni superficiali, nelle fistole ed ulcerazioni per carie delle ossa sia corte, sia lunghe, intorno ai gangli ingorgati rammolliti ed ulcerati. Nella peritonite tubercolare si localizza intorno all'ombelico. In ogni caso si ottiene ad una temperatura inferiore a 33° C. La data della sua comparsa coincide con quella dei sintomi, che depongono per una reazione favorevole dell'organismo alla elioterapia, e la sua entità va in accordo col variare dell'ampiezza della regione malata. Scompare poi definitivamente con la completa *restitutio ad integrum* della regione. Tale sudorazione può dunque avere un valore prognostico non trascurabile, per cui l'O. si interessa anche di interpretarne il meccanismo. Presenta infine una serie di interessanti figure, che sono cioè le *impronte sudorali,* che ha ottenuto con un suo metodo, che è diverso da quello dell'Aubert.

La rappresentazione radiografica della valvola ileo-cecale.

Busi A. — Dimostra il proprio metodo, che illustra con radiografie ed apparecchio speciale.

Sulla forma della vescichetta seminale nell'uomo.

Perna G. — Coi risultati delle sue ricerche sullo sviluppo della vescichetta seminale nell'uomo, può oggi tracciare una classificazione schematica fondamentale della forma dell'organo, sulla quale non brevemente s'intrattiene, illustrando il suo dire con numerose figure ed impronte originali.

Di alcuni reperti radiografici di lesioni ossee.

Serra A. — Presenta ed illustra i reperti radiografici di un caso di *cisti ossea del femore,* di due casi di *frattura vertebrale* in giovani operai per infortunio, di tre casi di *tubercolosi ossea del pube,* con fistola alla inserzione pubica degli adduttori, senza complicazioni vescicali.

Dott. G. M. Piccinini.

Società Medica di Parma.

Seduta del 20 maggio 1920.

Prof. U. Gabbi, presidente.

Tumori e pseudotumori addominali: errori diagnostici ed insegnamenti clinici.

Prof. Gabbi U. — L'O. dopo aver accennato alle difficoltà delle diagnosi dei tumori addominali sia nei rispetti della sede che della natura, e ricordato gli studi di Concato, Luzzatto, Federici, Sacconaghi, ed altri i quali tracciarono segni diagnostici che costituirono la prima spinta al capitolo importantissimo della semeiotica dell'addome, afferma che ancora oggi però nè le prove di laboratorio, nè la indagine radioscopica riescono a illuminare completamente questo campo diagnostico di grande difficoltà. La laparatomia esplorativa è ancora il mezzo diagnostico migliore nei casi difficili. Ed egli più volte vi ha ricorso in numerosi casi di tumori addominali del pancreas, delle vie biliari del peritoneo che gli hanno appunto permesso di mettere al cimento sia i nuovi segni fisici, sia le prove di laboratorio atte a diagnosticarli.

Passa poi a riferire per esteso due casi di carcinoma della testa del pancreas mettendo in rilievo i segni proprî ed i segni secondarî, e fra i proprî sopratutto i turbamenti della funzione di secrezione interna ed esterna dell'organo. Rispetto al sintoma *dolore spontaneo* l'O. nega che abbia valore; quanto al sintoma *dolore provocato* egli nega importanza al segno di Dejardin, di Lucron, di Calot e Devie, ma insiste su quello di Chauffard e Rinet. Se il dolore esiste si deve pensare che vi è calcolo o metastasi e compressione dei plessi nervosi. Hanno invece importanza i segni di mancato intervento della secrezione esterna: d'onde steatorrea, azotorrea, fibre muscolari non digerite e prova di Cammidge che l'O. avrebbe trovato costante. Considera l'O. anche l'utilità della ricerca dei fermenti pancreatici, ma crede che l'ittero da ritenzione, il tumore piriforme della cistifellea, la congestione biliare, la steatorrea, il dimagramento, l'anemia, la discrasia, rappresentino più sicuri elementi per la diagnosi.

Passa poi ad illustrare due casi di cancri primitivi della cistifellea e si ferma a considerare le difficoltà diagnostiche ed i mezzi per liberarsene.

Accenna alla frequenza della calcolosi biliare, al lobo di Riedel e pseudo-ballottamento e ne mette in rilievo la importanza ai fini della diagnosi.

Illustra infine due casi di pseudotumore cistico che hanno mostrato un notevole interesse clinico,

e la cui illustrazione non può essere contenuta in brevi linee. Nei due casi si pensò a tumore della cistifellea grosso per colecistite e calcoli, ma la laparatomia esplorativa dimostrò invece errata la diagnosi.

Sulla metodica per la ricerca delle emorragie occulte.

VERCELLONA G. — L'O. ha esperimentato un nuovo metodo proposto da Thévenon e Roland per la ricerca delle emorragie occulte, basato su una colorazione violetta assunta da soluzioni alcooliche di piramidone in presenza di materiale contenente emoglobina, a cui siano aggiunte alcune goccie di acido acetico diluito e di acqua ossigenata. Tale metodo in esperienze preliminari con sostanze (acqua, orine, feci, succo gastrico) contenenti emoglobina in quantità nota, si è dimostrato meno sensibile del metodo di Wagner (benzidina) e di quello del Mayer (fenoftaleina). In altre esperienze su degenti dell'Istituto di patologia medica e dell'Ospedale, sicuramente non affetti da forme gastro-intestinali, nei quali l'esame delle feci venne ripetuto variando la dieta (latte ed ova, oppure latte, ova e verdura, oppure dieta mista contenente carne), il metodo al piramidone si è dimostrato più ricco di cause d'errore dei metodi alla benziolina e fenoftaleina, giacchè col primo è stata ottenuta qualche reazione debolmente positiva, quando con gli altri due era negativa ed il genere di malattia e la dieta (solo latte ed ova) rendevano certi che nelle feci l'emoglobina mancava. Nel corso di tali esperienze l'O. si è potuto convincere che una dieta contenente legumi e frutta cotta, escludendo carne e brodo, può essere ugualmente fonte di causa d'errore, qualunque sia il metodo usato. In fine conclude ammettendo che l'esame diretto delle feci, senza estrazione del pigmento sanguigno con alcool ed etere, può essere sufficiente allorquando, con dieta di solo latte ed ova, concordino i risultati dei due metodi alla benziolina e fenoftaleina.

Il benzolo nella malaria latente.

DAZZI A. — L'Entzelmann ha recentemente proposto di adoperare il benzolo allo scopo di svelare la malaria latente, come già fu proposta l'Adrenalina.

L'O. ha voluto studiare l'importanza del metodo sopra 20 soggetti malarici che da tempo non presentavano segni di malaria manifesta. Il benzolo fu somministrato in piccole dosi per 5 giorni consecutivi. L'esame del sangue con preparati a striscio fu fatto prima e dopo la somministrazione del farmaco, nel mentre si prendevano esatte misurazioni della temperatura ogni 4 ore, durante il trattamento benzolico e per i cinque giorni consecutivi.

L'A. ha avuti i seguenti risultati: In 15 casi, nei quali i preparati di sangue prima del trattamento benzolico erano negativi per i plasmodi, si sono mantenuti negativi durante le somministrazioni del benzolo, e le temperature sono sempre state normali.

Nei rimanenti 5 casi l'esame del sangue eseguito prima del trattamento benzolico, ha dimostrata la presenza dei plasmodî, per cui non era necessario per la diagnosi ricorrere a manovre provocatrici. L'O. perciò conclude che il benzolo somministrato a malarici latenti con le dosi e le modalità usate dall'Hentszelmann non si è mostrato efficace quale sostanza provocatrice.

Il potere batteriolitico dell'acqua di Salsomaggiore.

(1ª comunicazione).

LINA BONACORTI. — L'O. afferma che l'acqua salso-iodica di Salsomaggiore è sterile, ed aggiunta al brodo insemenzato con i bacilli del gruppo tifo-coli, i piogeni, i saprogeni, il gonococco e il bacillo di Koch, fa diminuire il numero di germi che si sviluppano fino ad impedirne la moltiplicazione se aggiunta in forte quantità.

Questi stessi microrganismi, posti a contatto diretto con acqua salso-iodica madre o diluita a 10°, a 7°, a 5° Baumé, vengono uccisi e perdono il potere di un ulteriore sviluppo, in un tempo più o meno lungo. Il bacillo di Koch dopo due ore di contatto con acqua salso-iodica si mostra rigonfiato e inizia la degenerazione granulolitica. Facendo subire ai microrganismi due bagni quotidiani con acqua salso-iodica nelle densità usate a scopo terapeutico, per la durata di 15 giorni, mentre i bacilli del gruppo tifo-coli, i piogeni e i saprogeni non subiscono alterazioni, il gonococco dopo cinque giorni è distrutto e non si riproduce più, il bacillo di Koch inizia la granuolisi al secondo giorno, ed è in completa degenerazione al sesto, perdendo completamente il potere di moltiplicarsi nei successivi trapianti.

VALENTI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

Meningite asettica puriforme durante una blenorragia.

Widal e i suoi allievi, da vari anni hanno descritto meningiti asettiche purulenti nel corso della sifilide dei centri nervosi, ed il cui reperto principale era dato dalla presenza nel liquido cerebrorachidiano di polinucleari integri analoghi a quelli del sangue: tali meningiti erano sempre benigne e terminavano con la guarigione.

Analoghe reazioni meningee furono descritte nel corso di otiti purulente (Rist-Massary Weil).

Widal e Brissaud, descrissero reazioni meningee violente simulanti una meningite tubercolare o cerebro-spinale, la cui etiologia non si potette svelare. Un caso simile descrive Boivin nel *Bulletin de la Société méd. des Hôpit. de Paris*, 1919, n. 35.

I....., di 25 anni, entra il 26 settembre 1919 nell'ospedale, accusando violenta cefalea e febbre. Nell'anamnesi remota si riscontra una meningite cerebro-spinale, sofferta nel 1915, di cui guarì completamente.

Un mese prima dell'ingresso in Ospedale, contrasse blenorragia: lo scolo uretrale è tuttora discreto. Poco dopo, si verifica un'orchite. Il giorno dopo il ricovero, la temperatura sale a 40°,4, la cefalea è violenta, Kernig, rigidità nucale, iperestesia, sensorio integro.

La puntura lombare dà esito a liquido torbido purulento, formato da polinucleari non alterati: assenza di germi: culture negative.

Iniezione di siero antimeningococcico.

L'indomani, nuova puntura e identico *liquor*. Compare lieve herpes labiale, cade la temperatura.

Il primo ottobre la cefalea è cessata, persiste il Kernig, la temperatura è di 37°,5.

Il *liquor* è chiaro: nella sua formula citologica si riscontrano 85 per cento di mononucleari, 15 per cento di polinucleari.

Riassumendo: si tratta di un malato che durante una blenorragia, complicata con orchite è sorpreso verso il 15° giorno, da una sindrome ricordante la meningite cerebro-spinale, ed in cui la guarigione senza relitti è stata rapida.

L'etiologia è chiara, causa ne è l'uretrite gonococcica, e poichè si sa delle affinità biologiche del meningococco e del gonococco, è possibile che nel caso in esame, la precedente meningite cerebro-spinale abbia sensibilizzato le meningi verso le tossine gonococciche.

MONTELEONE.

Le setticemie gonococciche.

Ogni infezione con manifestazioni setticemiche, la cui etiologia rimanga sconosciuta, deve essere verosimilmente ESTAPÉ: *Relazione al III Congresso dei medici di lingua catalana* — « Rivista Española de medicina y cirurgia », n. 14, pag. 445) ritenuta una gonococcemia.

La setticemia gonococcica, entità nosologica ben determinata, clinicamente non presenta sintomi esatti e l'unico criterio diagnostico positivo, è dato da un'emocultura eseguita con esattezza, nei casi dubbi, ricordandosi di esaminare le proprietà fermentative del microbo che, si sa, vira in rosso una soluzione di glucosio, mentre non modifica quelle di levulosio e maltosio.

Le setticemie gonococciche *pure* nei casi gravi, si complicano con fatti a carico dei polmoni, pleure, dei reni, del sistema nervoso e sovratutto con fatti a carico dell'endocardio.

Le setticemie *localizzate* iniziano con sintomi generali, che sogliono retrocedere quando appaiono le manifestazioni locali in prevalenza articolari, secondariamente periostee, sinoviali, oculari, nervose, ecc.

Risultati sicuri possono nella terapia di tali setticemie, dar soltanto i vaccini e i mezzi fisici; vaccini autogeni ed eterogeni, questi utili perchè sempre pronti quindi di rapida utilizzazione. Nel caso che i vaccini eterogeni falliscano, bisognerà ricorrere ai vaccini autogeni e poi ai misti o polivalenti nel caso si sospetti una associazione microbica.

La dose iniziale di microbi uccisi, è di 20-25 milioni: nelle successive e tenendo conto della reazione, si raggiungeranno i 300-400 milioni di microbi.

MONTELEONE.

TERAPIA.

Cura delle emorragie dovuta a placenta previa.

A partire da Ambrogio Pareo, molto si è discusso sulla questione delle emorragie per inserzione bassa della placenta; ma bisogna concludere che tutti i metodi recenti, a parte quello di Simpson, non sono che varianti degli antichi e che tutti hanno per scopo o

il parto rapido: dilatazione manuale (Bonnaire) o istrumentale (Bossi) — cesarea;

o *la liberazione delle membrane*: ampia lacerazione (Pinard);

o *la compressione*: tamponamento (Tarnier) pallone (Champetier) Braxton-Hichs.

Per semplificarne lo studio Bourret (*Gazette des Hôpitaux*, 1920, n. 12) distingue:

1° emorragie durante la gravidanza;

2° emorragie durante il travaglio;

3° emorragie durante l'espulsione.

1° Durante la gravidanza: è specialmente frequente l'emorragia nella seconda metà.

Il principio che deve guidarci nella cura di tali emorragie deve essere quello di subordinare il trattamento alla gravità non all'abbondanza dell'emorragia, basandosi, non sulla quantità di sangue perduto, ma sulla ripetizione dell'emorragia, sullo stato generale e specie sul polso.

Se si tratta quindi di una prima emorragia senza risentimento dello stato generale, *riposo assoluto, sorvegliato*, ossia: letto, ricerca continua della frequenza del polso, non iniezioni; passati così quattro, cinque giorni, si farà alzare il malato avvertendolo della possibilità del ritorno dell'emorragia e quindi della necessità di evitare ogni strapazzo e di aver sempre a disposizione materiali e personale per un immediato intervento. Se si tratta di una seconda o terza emorragia, o di una emorragia con compromissione dello stato generale, o di una emorragia persistente o abbondante, occorre:

a) Lottare contro l'anemia: evitare i movimenti bruschi del malato, riscaldarlo, iniettargli soluzione fisiologica calda, anche per via intravenosa, se l'anemia è marcata, e magari ricorrere alle trasfusioni sanguigne.

b) Arrestare l'emorragia:

o col tamponamento vaginale (rimedio estremo in quanto facilita le infezioni);

o con *l'ampia dilacerazione delle membrane* — processo facile ideato da Puzos e modificato da Pinard. Dopo esserci assicurati di una presentazione longitudinale perforiamo le membrane con l'estremo di una branca di pinza d'Hégar, poi, penetrati col dito nell'orifizio, lacerare largamente le membrane. La manovra, difficile nelle primipare, deve esser qui preceduta da una dilatazione, ed in ogni modo, sempre in perfetta asepsi: questo nelle placente laterali.

Nelle placente previe centrali, tale manovra non basta ed alla perforazione bisogna far seguire il processo di Braxton-Hichs o l'apposizione di un palloncino per frenare l'emorragia.

Se l'emorragia non si arresta, o se, cessata, riprende, se si constatano segni di sofferenza fetale, occorre affrettare il parto ed evacuare rapidamente l'utero:

con una cesarea addominale o vaginale;

con dilatazione strumentale per mezzo del dilatatore di Bossi;

con dilatazione manuale con la tecnica di Bonnaire utile presso le multipare o in casi nei quali il travaglio data da vario tempo;

con pallone di Champetier;

con il metodo di Braxton-Hichs, metodo questo cui il più sovente ricorriamo poichè non sempre abbiamo materiali speciali a disposizione. Non vi è bisogno di anestesia: una mano, in genere, la destra, viene dolcemente introdotta in vagina; due dita, od uno solo, penetrano attraverso il collo e le membrane aperte nell'interno dell'uovo, il piede corrispondente all'anca anteriore è afferrato e abbassato: talora occorre far precedere la versione per manovre esterne.

Sotto l'influenza dell'eccitazione determinata dall'abbassamento cervicale del membro inferiore presto appaiono le contrazioni uterine, che bastano a mantenere il tamponamento realizzato dalle parti fetali.

Rinunziare, dopo l'abbassamento del piede, ad ogni manovra attiva, sempre dannosa, e non intervenire che per allacciare il cordone, od abbassare le braccia se sono rialzate, o la manovra di Mauriceau per estrarre la testa in ultimo.

2° Durante il travaglio. Qui i metodi di cura sono identici ai precedenti ma, è evidente, molto più facili a realizzare in quanto il collo è in via di dilatazione.

Il *parto metodicamente rapido* di Bonnaire che ha per scopo di vuotare rapidamente l'utero con la dilatazione digitale o manuale, trova qui la più grande applicazione in presenza di una multipara dal collo fortemente dilatato.

3° Espulso il feto con facilità, tende a riprodursi l'emorragia, onde l'indicazione di rapida evacuazione placentare manuale, tanto più quanto più la placenta è inserita su pareti poco contrattili (segmento inferiore).

Espulsa la placenta, se emorragie continuano eseguire tamponamento intrauterino, intrasegmentario, intravaginale stipato, ovvero col processo di Momburg; sopprimere la circolazione nella parte sottombelicale del tronco, ovvero abbassato il collo uterino fuori dalla vulva, sopprimere momentaneamente la circolazione delle uterine.

Ultima risorsa di tali emorragie tardive è l'isterectomia.

MONTELEONE.

Organoterapia ovarica.

È nota la duplice funzione dell'ovaia di formare lo uova e di fornire all'organismo una secrezione interna, di cui il fattore più importante è il corpo luteo. La somministrazione di estratti ovarici o di corpo luteo riesce molto vantaggiosa nei casi di insufficienza ovarica, di cui la forma più tipica è quella che segue la doppia castrazione.

Va presa anzitutto un'accurata anamnesi della malata, per determinare la possibile esistenza di malformazioni congenite di spostamenti di organi, di disturbi mestruali, di possibili sepsi post-partum o post-abortive. Con l'esame obbiettivo si deve cercare se esistono stati patologici dell'apparato genitale, che certamente non cedono con la sola organoterapia ovarica, la quale può però essere di qualche utilità, come trattamento secondario.

Nei casi in cui le ovaje sono distrutte per malattia, asportate per atti operativi, rese inattive sia per difetti congeniti, sia per la menopausa, l'estratto ovarico, a dosi di 12 cg. due volte al giorno, agisce come tonico, sedativo nervoso, e stimolante; esso favorisce altresì l'ulteriore sviluppo nei casi di infantilismo.

Nelle dismenorree e nei disturbi precedenti la mestruazione (nausea, vomito, cefalea, vertigini) si userà, alle stesse dosi, l'estratto di corpo luteo, somministrando anche qualche sedativo gastrico. Il corpo luteo è utile anche nell'amenorrea e nei ritardi mestruali, unito con tonici e con miglioramenti nelle condizioni igieniche; esso è consigliabile anche nelle *hyperemesis gravidarum* (iniezioni endomuscolari di 1-4, al massimo 12 cmc. al giorno).

Nelle menopausa, le piccole dosi di estratto ovarico vanno combinate con calmanti del sistema nervoso (Ph. Oginz, *Am. medicine*, settembre 1919), e così pure nel prurito, nella vaginite senile, in cui si procederà anche al trattamento locale.

Le controindicazioni per l'uso degli estratti ovarici consistono nelle condizioni infiammatorie acute della pelvi, nelle gravidanze e nella iperecitabilità sessuale.

l. b.

La trasfusione di sangue nel trattamento dell'eclampsia.

Risulta da ricerche di Dold e di Obata, che nel sangue normale, sia maschile che femminile, vi è qualche sostanza, che neutralizza la tossina placentare. Basandosi su questi dati, W. Blair Bell (*British medical Journal*, 8 maggio 1920), in un caso di eclampsia iniziatasi con le doglie e continuata nel *post-partum*, ha praticato la trasfusione di sangue. Era già stato fatto un tentativo di salasso, era stata praticata anche la fleboclisi, e la paziente si trovava tuttora in coma. Estratti allora 500 cmc. di sangue dal marito della stessa paziente, si iniettarono nella mediana cefalica di questa. Il colorito del volto migliorò subito; un paio d'ore dopo si ebbe escrezione di piccole quantità di urina, contenente acetone ed il 12 ‰ di albumina. Poche ore dopo la paziente era capace di discorrere con ragionevolezza, la quantità di urina andò aumentando, mentre l'albumina si ridusse a tracce; la convalescenza si svolse regolarmente.

L'A. senza poter trarre conclusioni generali da questo unico caso, addita tale metodo di trattamento, che può essere di qualche utilità.

r s.

IGIENE.

La disinfezione degli sputi e delle biancherie dei tubercolotici.

È inutile insistere sulla necessità di distruggere i bacilli tubercolari degli sputi, che dai tubercolotici al secondo grado vengono eliminati in quantità enormi fino a 15-20 miliardi al giorno. Non sempre però nella pratica, la disinfezione si compie con mezzi efficaci. E. Arnould (*Rev. d'hygiène*, 1919) dà in proposito alcuni consigli:

Disinfezione col calore. — Il vapore acqueo a 100° o l'acqua bollente, che agiscano per 30 minuti, uccidono sicuramente i bacilli; meglio ancora vale la bollitura per un quarto d'ora in soluzione di carbonato sodico al 10 %, ottenendosi in tal modo anche la pulizia delle sputacchiere. Questo metodo però, se è adatto per gli ospedali, sanatori e simili, non vale altrettanto per i privati; la bollitura andrebbe fatta in cucina, ciò che è ripugnante ed anche pericoloso, e d'altra parte essa espone al pericolo di rottura delle sputacchiere, se esse non sono di metallo. La *distruzione per cremazione* delle sputacchiere, fatta con materiale combustibile non è agevole nelle case private, mentre d'altra parte il prezzo di tali sputacchiere è ora tutt'altro che indifferente. Non rimane che la *disinfezione chimica*, per la quale però i comuni disinfettanti hanno poco valore. L'acido fenico 3-5 %, il sublimato (2 ‰), le soluzioni saponose di cresolo, danno risultati incostanti, il lisoformio è inefficace. Buoni risultati ha invece ottenuto l'A. con una soluzione saponosa di formalina, che disinfetta gli sputi in 15-20 ore, è poco tossica, costa poco e non emette vapori irritanti. Si prepara con 8 g. di sapone verde (sapone di potassa), 10 g. di carbonato di sodio, 40 g. di formalina ed acqua sino a formare un litro. La miscela si mette nelle sputacchiere che contengono gli sputi con i quali si lascia in contatto per 24 ore.

Il sole come agente di sterilizzazione degli sputi tubercolari. — Da esperienze di H. Tecon (*Paris Médical*, 3 gennaio 1920) risulta che gli espettorati tubercolari, esposti al sole estivo, su strade montane, per un periodo, che va da 2 a 52 ore (9 giorni consecutivi) ed inoculati poi in cavie hanno dato risultato positivo; in certi

casi però l'infezione era assai ritardata. Invece gli espettorati esposti al sole sulla neve battuta, durante la stagione delle nevi sono stati sterilizzati tutti in un tempo inferiore a 29 ore.

Il valore del sole nella sterilizzazione degli sputi tubercolari nelle vie pubbliche, è quindi praticamente trascurabile.

La disinfezione delle biancherie. — Fra tutta la biancheria usata dai tubercolosi, la più infetta è costituita dai fazzoletti, sia che servano semplicemente come mezzo protettivo durante la tosse, sia che i tisici vi lascino gli espettorati, ciò che purtroppo talvolta si verifica. Meno infette sono le federe dei cuscini, meno ancora le lenzuola, per poco che il tisico abbia riguardo; risultati negativi, per quanto riguarda l'infezione tubercolare sperimentale, si sono ottenuti con i cenci che avevano servito ad asportare la polvere dei mobili nelle camere di tubercolotici. Sulle biancherie i bacilli si mantengono vivi abbastanza a lungo (anche 26 giorni, secondo Abba e Rondelli, in un angolo di camera di condizioni normali di luce e di umidità); finirono però per soggiacere agli agenti fisici di distruzione. Comunque è però necessario provvedere quanto prima alla disinfezione. Nei sanatorî, ospedali, ecc., ciò si ottiene agevolmente, in quanto che la biancheria sporca si riceve in un recipiente di ferro smaltato, a coperchio, da cui si passa poi nelle liscivietrici, dove rimane per mezz'ora a contatto con la lisciva bollente. Per le case, E. Arnould (*Presse Médicale*, 10 maggio 1920) consiglia di immergere *subito* i piccoli oggetti di biancheria nella miscela saponosa di formalina, più sopra citata; dopo 24 ore si può essere certi che la disinfezione è avvenuta. Le biancherie più grosse (lenzuola, ecc.), che hanno minori probabilità di essere infette, si raccolgono in sacchi (contandole nel momento stesso che vi si introducono, per evitare inutili rimaneggiamenti) e s'inviano alla lavanderia.

FILIPPINI.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Su di un germe isolato nella encefalite letargica.

Le ricerche tendenti ad accertare l'etiologia della encefalite letargica hanno dato risultati tuttora contraddittori.

Il Wiessner fu il primo ad isolare un diplococco: più recentemente Maggiora, Mantovani, Tombolati, Boccolari, Panini hanno ottenuto costantemente dalle culture del sangue degli infermi lo sviluppo di diplococchi che nelle cavie riproducevano un quadro clinico più o meno analogo a quello umano. Orlandi in un caso isolò un coccobacillo. Colombo in quattro casi un diplococco Gram negativo. Gabri un micrococco tetrageno. La maggioranza degli autori non ottennero culture nè dal sangue, nè dal liquido cefalo-rachidiano.

Levaditi e Harvier hanno dimostrato recentemente che il virus dell'encefalite letargica non si coltiva coi mezzi usuali, che filtra facilmente attraverso candele e che si ottiene con successivi passaggi nel coniglio un virus fisso che uccide l'animale in 4-6 giorni con lesioni anatomiche caratteristiche.

Tron (*La Riforma Medica*, 1920, n. 20) in un caso di encefalite letargica ha isolato con l'emocultura in brodo dopo 6 giorni di termostato a 37°, un diplococco poco resistente al gram che cresce con estrema difficoltà nei vari terreni nutritivi.

Il germe nelle culture in brodo che appaiono leggermente intorbidate, si dispone a catena di 4-6 elementi. Scarso è lo sviluppo in agar ascite. Nell'agar sangue umano il germe cresce discretamente e dimostra un modico potere emolitico. Nella gelatina per infissione dà colonie puntiformi bianche, non fluidificanti: non coagula il latte, nè sviluppa gas. Non è patogeno per le cavie come non lo è per il topolino.

Tale reperto è dall'A. avvicinato a quello ottenuto dal Maggiore, Mantovani, ecc., dai quali diversifica perchè il germe isolato dal Tron non è patogeno per gli animali e non è stato agglutinato dal siero dell'ammalato. L'A. esclude che tale germe possa essere l'agente esclusivo della malattia, ma che debba considerarsi come l'esponente di una associazione batterica così frequente nelle malattie a virus sconosciuto quali la scarlattina, il dermotifo, il vaiuolo, ecc., e di cui la recente teoria dell'*anergia* di Pirquet ce ne fornisce la plausibile spiegazione.

MONTELEONE.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1186) *Cura dell'azoospermia post-blenorragica.* — All'abbonato 12674:

La deferentite blenorragica, non seguita da epididimite, è rara. In questi casi, perchè possa aversi l'azoospermia, è necessario che il processo blenorragico abbia provocato un ispessimento fibroso tale da sopprimere il lume del vaso deferente ed allora non c'è molto da fare. In ogni modo si può tentare l'applicazione sulla parte di una pomata jodo-jodurata. (Cfr. FINGER: *La blenorragia degli organi sessuali.* Capitolo *Epididimite* - Traduzione italiana. — Torino, Unione Tipografico-Editrice).

V. MONTESANO.

(1187) *Cura della sicosi tricofitica.* — Al dott. A. M., abbonato 5829:

Oltre la depilazione che, specie nelle forme profonde veramente sicotiche (le quali per il loro aspetto ricordano quello di un fico maturo, onde il nome di sicosi), è indispensabile, si può usare con successo la pasta canforata (canfora polverizzata mescolata ad alcool e succo di limone q. b. p. f. pasta molle).

V. MONTESANO.

(1188) *Conservazione delle salme* — All'abbonato 2922:

Per il trasporto in ferrovia oltre i 300 km., e, nei mesi dal maggio al settembre, per distanze anche più brevi, è prescritta l'iniezione nelle pleure e nel peritoneo di almeno un litro di sublimato al 3 ‰ o di acido fenico al 5 %, e l'avvolgimento della salma con lenzuolo bagnato in una di tali soluzioni.

Per l'iniezione a scopo conservativo si può usare la formalina (g. 120, in 5 kg. di acqua, aggiungendo 1 kg. di glicerina) o il sublimato corrosivo (g. 40, cloruro di sodio g. 500. allume g. 240, acqua kg. 4). Si pratica l'iniezione nella carotide allacciandola poi al di sopra e al di sotto dell'occhiello, e suturando la ferita. Gli orifizî naturali vanno turati con cotone imbevuto nelle stesse soluzioni, che si possono anche iniettare nelle pleure e nel peritoneo. *r. s.*

(1189) *Metodo Schiassi per la cura delle varici.* — All'abbonato 1433:

A pag. 313 del corrente anno troverà quanto chiede. *r. s.*

(1190) All'abbonato n. 11839:

1. Di solito nei «Cenni bibliografici» viene indicato il prezzo del libro: talvolta però esso manca sul libro stesso, nè ci viene indicato dalla Casa editrice: ciò accade particolarmente quando trattasi di tesi di libera docenza, inviata dall'autore e fuori commercio.

2. Non ci risulta che si tengano tali corsi.

3. L'indole del giornale non ci consente di rispondere. *r. s.*

CENNI BIBLIOGRAFICI

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

WEIGANDT: *Erkennung der Geistestörungen.* (Diagnostica dei disturbi mentali). — Lehmann, München, 1920.

Il libro del chiarissimo professore di psichiatria nell'Università di Amburgo porta il modesto titolo di *Diagnostica Psichiatrica,* ma in realtà compendia, si può dire, tutta la sintomatologia delle malattie mentali: non è adulazione affermare che qui è «*multum in parvo*».

Dopo avere ragionato della catamnesi e del modo di studiare le varie manifestazioni della vita psichica e dei loro rispettivi disturbi, l'A. si occupa dell'esame morfologico e neurologico, soffermandosi sopra quei punti, i quali hanno più stretti i rapporti con le malattie mentali. Ampiamente espone e critica con esattezza ed acume germanico il metodo e il valore dei «mental tests». Una parte notevole del libro è consacrata alla tecnica necessaria per i metodi microscopici, biologici e biochimici, intrattenendosi anche sulla reazione della luetina, scoperta da Noguchi; mette nel suo giusto valore la reazione di Wassermann, che i Francesi soltanto oggi si ostinano a chiamare, dopo 10 anni dalla sua scoperta, col nome di Bordet-Wassermann.

L'ultima parte del libro è destinata a mettere in rilievo i sintomi capitali delle psicopatie più importanti; e propriamente dell'istero-epilessia, del gruppo maniaco-depressivo, delle malattie paranoiche, delle psicosi senili, e di quelle dipendenti da alterazioni del ricambio. Uno speciale, e veramente originale, capitolo è destinato alle psicosi luigene, nelle quali l'A. include razionalmente anche la demenza paralitica.

Il libro non solo si raccomanda per la chiarezza dell'esposizione e per la giusta disciplina delle sue parti, ma sopratutto per il suo valore critico e per una copia veramente straordinaria di figure illustrative, alcune delle quali perfino colorate.

G. MINGAZZINI.

A. LEVISON: *Cerebrospinal fluid in health and in disease.* — C. V. Mosby Company, St. Louis, 1919.

In questo volume, dedicato alla conoscenza del liquido cerebro-spinale, l'A. aggiungê il contributo delle proprie ricerche e della personale esperienza, ai risultati già ottenuti dagli altri.

Il liquido cerebro-spinale è considerato dal punto di vista anatomofisiologico nell'uomo sano; nei riguardi dei caratteri fisici, chimici, fisico-chimici, biologici.

Nella seconda parte sono studiate le qualità del liquido cerebro-spinale patologico in generale; esattamente riportati i mezzi d'indagine moderna, seguiti dal valore clinico.

Il comportamento del liquor sulle malattie e nozioni di terapia intrarachidea costituiscono l'argomento degli ultimi due capitoli.

Il testo è corredato da magnifiche figure dimostrative.

t. p.

BILANCIONI GUGIELMO: *L'orecchio e il naso nel sistema antropometrico di Leonardo da Vinci.* Un vol. in-8 di pag. 101 con fig. — Dott. A. Nardecchia editore, Roma. — Prezzo L. 15.

« *Homo mensura*: ed invero per Leonardo l'uomo non è soltanto argomento di indagine anatomica o di diletto artistico, ma la sua conoscenza è oggetto di un'aspirazione continua e inappagata, in una tersa, salda caratteristica unità di visione, di emozione, di sintesi. Quadrata, granitica unità spirituale e intellettuale, che fa di Leonardo un solitario nel mondo ». Così si esprime l'A., con lucida sintesi nelle prime pagine di questo interessante studio, che esamina una faccia dell'immenso e maraviglioso poliedro, che è Leonardo. Studio che, ben lungi dall'essere frammentario come verrebbe fatto di ritenerlo dal titolo, è vasto e complesso, ricercando le connessioni dello speciale argomento, con l'arte, la scienza, la letteratura, dal canone di Policleto agli studî fisionomici del Della Porta, dalle vive descrizioni dantesche alle aspre terzine di Cecco d'Ascoli.

Ne risalta così una più intima comprensione dell'importanza del naso e delle regioni limitrofe per l'individualità umana, mentre, dal punto di vista pratico, si viene considerando il grave danno fisico e morale delle mutilazioni del viso, in cui erroneamente si tende a vedere quasi esclusivamente il danno estetico.

Il volume inaugura degnamente una collezione di studî di storia della scienza che ci auguriamo di veder prosperare e diffondersi.

fil.

A. CIAMPOLINI: *La traumatologia del lavoro nei rapporti con la legge.* — Prezzo L. 32. — Editore M. Martini, Prato.

I libri di infortunistica sono in Italia molto scarsi. Finora l'unico testo di consultazione era costituito dal classico trattato del Borri: mancavano libri che avessero un indirizzo pratico, libri d'infortunistica fatti per medici pratici. Questo del Ciampolini colma la lacuna.

La ben nota competenza dell'autore ci può dispensare dall'esporre i pregi del volume, nel quale è raccolto il frutto di una larghissima esperienza.

L'opera è ben proporzionata nelle sue parti. Ogni argomento è trattato con chiarezza e completezza. Per ciascuno il Ciampolini riferisce le opinioni degli altri, ma in ogni quistione egli porta il suo giudizio personale, la sua nota originale.

dr.

VARIA

Note d'igiene... internazionale.

Il vice borgomastro di Vienna, dott. Max Winter, venuto in Itàlia a visitare i bambini della sua città, trovò con grande sorpresa che — certo per eccesso di benevolenza e di cordialità — gl'Italiani davano ai ragazzi più grandicelli, oltre il necessario in vitto, vestiti e divertimenti, anche il vino e le sigarette.

In un articolo pubblicato il 4 aprile nell'*Arbeiter Zeitung* di Vienna egli sente il bisogno di rassicurare le famiglie che hanno ragazzi in Italia, avvertendole che l'inconveniente è potuto avvenire « perchè così si trattano in Italia i ragazzi, dopo i dodici anni: essi possono liberamente bere e fumare ». E soggiunge che ha pregato ed ottenuto di poter sostituire al vino e alle sigarette il latte e la cioccolata.

I ragazzi si mostrarono sinceramente pentiti di aver ceduto alle insistenze degli ospiti e non volevano far sapere alle loro famiglie che in Italia hanno fumato e bevuto.

Il viceborgomastro di Vienna non si è contentato di dare ai compagni d'Italia questa lezione sul modo di educare la prole. Nello stesso articolo, pur tanto commosso e riboccante di gratitudine, ha in bella maniera prodigato agli ospiti dei piccoli viennesi una lezione di patriottismo.

« È meraviglioso ciò che fanno i lavoratori torinesi — egli esclama — versando dieci lire al mese per i 400 bambini di Vienna ospitati in otto dei più rinomati alberghi della riviera di Alassio!

« Ma sarebbe ottima cosa che gli operai di Torino decidessero domani di assoggettarsi allo stesso sacrificio per la salvezza di tutti i bambini italiani sofferenti, e persistessero nella rinunzia al salario di mezza giornata ogni mese finchè vi fosse un figlio di proletario da strappare all'aria corrotta e al fumo della città manifatturiera, finchè l'ultimo bambino torinese fosse condotto a godere la luce e il tepore del sole di Alassio ».

Questo richiamo ai socialisti d'Italia significa: Compagni, il vostro atto di bontà ha un senso e un valore umano, soltanto se lo estenderete ai bimbi d'Italia, ai vostri bimbi.

(Dalle *Otto Ore*).

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE.

La mortalità per influenza tra gli assicurati dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni.

Prof. dott. I. ROMANELLI,
libero docente di Patologia Medica
presso la R. Università di Roma.

Il numero dei contratti sinistrati per influenza nel periodo di tempo dal 1913 al 1919 è stato di 3828 appartenenti a 3452 assicurati. Il numero totale di assicurati morti per qualsiasi causa nello stesso periodo di tempo è stato 11,850 con 13,479 contratti: si ha quindi una mortalità per influenza pari al 29.13 per cento degli assicurati morti, ed al 28.40 per cento dei contratti sinistrati.

La distribuzione della mortalità per influenza nel settennio dimostra che il numero degli assicurati morti per influenza negli anni dal 1913 al 1917 compreso, è stato minimo e che nel 1918 si è avuto un massimo numero di morti in 2886, ridotto nel 1919 a 445.

Probabilmente il numero dei morti per influenza nel 1919 è superiore ai 445 indicati, giacchè non è improbabile che altre denuncie di sinistri pervengano all'Istituto con ritardo.

Paragonando la mortalità degli assicurati per forme polmonari acute (broncopolmonite, polmonite, ecc.), verificatasi nello stesso periodo di tempo, si osserva che mentre nel quadriennio dal 1913 al 1916 compreso il numero degli assicurati morti per forme polmonari acute è stato in media di 80; è invece aumentato negli anni successivi con un massimo di 545 casi nel 1918.

Probabilmente per parecchi casi la malattia polmonare acuta, causa della morte, deve essere stata complicazione della influenza

Cause di morte	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919	Totale
Forme polmonari .	88	80	74	77	118	545	114	1096
Influenza	17	29	12	44	19	2886	445	7452

Dal 1913 al 1917 la maggiore mortalità sia per influenza, sia per forme polmonari acute si è avuta nei mesi dal dicembre al marzo.

Nel 1918 invece la mortalità ha raggiunto il massimo nell'ottobre.

Nel 1919 la massima mortalità si è avuta nel gennaio.

Mese in cui è avvenuta la morte	1913		1914		1915		1916		1917		1918		1919		Totale	
Gennaio	15	5	5	8	12	2	15	15	15	3	14	1	38	230	114	264
Febbraio	9	4	12	2	15	3	12	13	14	2	25	4	22	65	109	93
Marzo	16	—	11	7	9	4	12	6	25	6	21	8	19	67	113	98
Aprile	11	3	6	4	6	—	3	1	15	1	23	11	13	26	77	46
Maggio.	4	1	8	2	6	1	6	2	5	1	25	5	8	9	62	21
Giugno	6	1	4	1	2	—	3	—	7	—	38	18	6	10	66	30
Luglio	6	1	5	—	4	—	6	—	4	—	23	16	6	12	54	29
Agosto	2	—	4	—	2	—	1	1	3	—	27	28	2	7	41	36
Settembre	4	—	5	—	5	—	2	—	—	—	83	480	—	6	99	486
Ottobre	5	—	5	2	5	—	3	1	5	2	141	1353	—	6	164	1364
Novembre.	1	—	4	—	4	—	5	2	11	1	60	574	—	5	85	582
Dicembre	9	2	11	3	4	2	9	3	14	3	65	388	—	2	112	403
Totale	88	17	80	29	74	12	77	44	118	19	545	2886	114	445	1096	3452

* * *

La mortalità per forme polmonari acute ha colpito negli anni dal 1913 al 1919 prevalentemente il periodo di età dal 50° anno ed oltre, invece nel 1917 il periodo di età maggiormente colpito fu quello dai 40 ai 45 anni pur mantenendosi la mortalità alta nel periodo successivo fino a oltre i 70 anni.

Nel 1918 la mortalità è stata più alta nel periodo di età dai 30 ai 40 anni, periodo di età che è stato più fortemente colpito dall'influenza; e nel 1919 si è spostata, raggiungendo il massimo nel gruppo di età dal 45° al 49° anno di età.

L'influenza invece ha dato la massima mortalità sempre nel gruppo dai 30 ai 40 anni.

È evidente che l'influenza ha colpito specialmente i giovani.

Anno	0 19		20-24		25-29		30.34		35-39		40-44		45-49		50-54		55-59		60-64		65-69		70-74		Totali	
	Influenza	Infl. polm.	Influenza	Infl. polm.	Influenza	Infl. polm.	Influenza	Infl. polm.	Influenza	Infl. polm.	Influenza	Infl. polm.	Influenza	Infl. polm.	Influenza	Infl. polm.	Influenza	Infl. polm.	Influenza	Infl. polm.	Influenza	Infl. polm.	Influenza	Infl. polm.	Influenza	Infl. polm.
1913	—	—	—	2	—	3	—	56	2	3	1	7	1	14	4	20	2	10	2	9	3	6	2	9	17	88
1914	—	—	—	—	—	1	1	5	—	8	1	9	7	8	5	6	6	14	3	7	2	11	3	11	28	80
1915	—	—	—	1	1	—	1	3	2	7	—	6	2	4	3	12	—	13	2	11	1	5	—	12	12	74
1916	—	—	—	—	3	—	3	4	4	8	5	7	7	9	7	6	2	16	5	16	3	4	5	7	44	77
1917	—	—	1	2	3	6	—	6	2	9	3	18	5	11	2	17	—	10	—	13	1	9	2	17	19	118
1918	552	57	188	26	388	67	615	98	465	74	307	66	152	61	99	28	79	24	27	18	10	13	4	13	2886	545
1919	72	19	21	2	44	5	84	13	68	15	62	14	27	15	23	8	12	12	19	5	8	2	5	4	445	114
Totali	624	76	210	33	439	82	704	134	543	124	379	127	201	122	143	97	101	99	58	79	28	50	21	73	3451	1096

***

Ai fini dell'accettazione i rischi sono classificati dai medici della Direzione generale in buoni, mediocri e cattivi.

Sono classificati buoni i rischi di assicurandi con gentilizio longevo e senza che negli ascendenti vi siano malattie ripetibili, con anamnesi personale libera da malattie che possono recidivare o che lasciano postumi o che predispongono ad altre infermità, di buona costituzione e con organi integri ed a funzione normale.

I rischi buoni si accettano, i rischi cattivi si rifiutano o si accettano eventualmente a condizioni speciali.

Orbene, 1004 dei contratti sinistrati per influenza erano stati classificati dai medici. Gli altri fino a raggiungere la cifra di 3828 o erano stati assunti senza visita medica o facevano parte del portafoglio precostituito.

Dei 1004 contratti erano stati classificati buoni 643; tra buono e mediocre 256; mediocre 105.

Risulta perciò che i rischi sinistrati per influenza sono stati in prevalenza rischi buoni.

***

Ho voluto ricercare se la longevità nel gentilizio avesse avuto qualche peso nel determinare la mortalità per influenza nei varî periodi di età, ed ho trovato che nulla è addebitabile alla longevità di genitori, come nulla è addebitabile nelle malattie manifestatesi nel gentilizio o sofferte dall'assicurato prima dell' ingresso in assicurazione e questa conclusione si capisce facilmente ricordando che l'influenza è una malattia infettiva.

***

Per esaminare la costituzione ho diviso i 1454 assicurati morti per influenza e per i quali avevo tutti i dati delle misure somatiche in 5 tipi:

Tipo I. — Tipo normale: in cui il peso è uguale ai centimetri dell'altezza detratto il metro; la circonferenza toracica uguale alla metà dell'altezza e la circonferenza addominale è inferiore alla circonferenza toracica. Tipo che si può riassumere nella seguente espressione:

$$P = (A\text{-}100);\ CT = \frac{1}{2} A;\ CAd < CT.$$

Tipo II. — In cui il peso è minore del normale di meno del 10 %; la circonferenza toracica è minore della metà dell'altezza; la circonferenza addominale inferiore alla circonferenza toracica.

Questo secondo tipo può riassumersi nella espressione seguente:

$$\frac{9}{10} (A\text{-}100) < P < (A\text{-}100);\ CT < \frac{1}{2} A;\ CAd < CT.$$

Tipo III. — In cui il peso è minore del normale in misura superiore al 10 %; la circonferenza toracica è minore della metà dell'altezza e la circonferenza addominale minore di quella toracica.

$$P < \frac{9}{10} (A\text{-}100);\ CT < \frac{1}{2} A;\ CAd < CT.$$

Tipo IV. — Il peso è maggiore del normale in misura inferiore al 10 %; la circonferenza toracica è maggiore della metà dell'altezza, la circonferenza addominale maggiore della circonferenza toracica.

$$(A\text{-}100) < P < \frac{10}{11} (A\text{-}100);\ CT > \frac{1}{2} A;\ CAd > CT.$$

Tipo V. — Il peso è maggiore del normale in misura superiore al 10 %; la circonferenza toracica è maggiore della metà dell'altezza, e

la circonferenza addominale maggiore della circonferenza toracica.

$$P > \frac{11}{10} (A\text{-}100);\ CT > \frac{1}{2} A;\ CAd > CT.$$

Esaminando la distribuzione degli assicurati morti per influenza nei varî tipi di costruzione ho trovato che il tipo IV e V hanno dato maggior contributo.

Infatti i 1454 sono così divisi:

Tipo I — normale 98
» II — con lieve sottopeso . . 125
» III — con sottopeso 96
» IV — con lieve soprapeso . . 598
» V — con soprapeso 537

Da cui risulta evidente la maggiore mortalità degli individui con soprapeso rispetto a quelli normali o con sottopeso. A prima vista può sembrare che gli individui con soprapeso superiore del 10 % (tipo V) abbiano avuto una minore mortalità rispetto a quelli del tipo IV affetti da lieve soprapeso.

Per altro bisogna tener conto della maggiore severità che si adopera per l'accettazione dei rischi di individui con forte soprapeso e dell'età giovane degli assicurati.

Una indicazione scaturisce evidente da questi risultati ed è quella di esaminare se, come sembra, le persone con soprapeso abbiano una minore resistenza alle malattie infettive e i magri invece una maggiore resistenza.

* * *

Solo in 122 casi non si sono manifestate complicazioni a carico dei varî organi con una percentuale quindi del 4.02 %.

Le complicazioni più frequenti sono state a carico dell'apparecchio respiratorio; si notano parecchi casi in cui si sono manifestate complicazioni a carico dell'apparecchio uropoietico.

Complicazioni a carico dell'	N.º degli ass. morti per influenza	Percentuale
Apparecchio respiratorio. . . .	3037	87,98
„ cardio-vascolare . .	42	1,42
„ digerente	43	1,42
„ uro-poietico . . .	75	2,17
Sistema nervoso	53	1,24
Appar. respiratorio, cardiaco e intestinale	15	0.49
Appar. resp. e uro-poietico . . .	55	1,59
„ „ e sistema nervoso .	3	0,10
„ digerente e sistema nervoso	1	0,03
Appar. cardio-vascolare e uro-poietico	6	0.17
Nessuna complicazione	122	4,02

* * *

Circa la durata della malattia, il gruppo maggiore è rappresentato dai casi in cui la malattia è durata dai 6 ai 9 giorni; segue l'altro con durata dai 9 ai 15 giorni e quindi il terzo gruppo in cui la durata è stata dai 3 ai 6 giorni.

Durata della malattia	Numero dei casi	Per cento
0 = 3	167	5.69
3 = 6	635	21.64
6 = 9	915	31.18
9 = 15	842	28.69
15 = 20	174	5.93
20 = 30	94	3.20
Oltre 30	107	3.65
	3,934	—
Non precisate . .	518	—

Mi riserbo di esaminare su più vasto materiale la indicazione che risulta da queste ricerche circa la minore resistenza dei soggetti con soprapeso alle malattie infettive.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8432) *Aumento di stipendio - Medico interino.* — A. F. da T. — In caso di insufficienza dello stipendio di cui sono attualmente provvisti e di rifiuto del Comune ad aumentarlo di sua iniziativa, anche i medici interini possono ricorrere alla G. P. A. per ottenere gli aumenti che si concedono a tutti gli altri condottati. Il caro-viveri compete se si occupa un posto privo di titolare, per morte, dimissioni, ecc., ecc. Esso deve decorrere dal 1º gennaio 1919, mentre l'aumento dello stipendio deve decorrere dalla data della relativa ordinanza della G. P. A., salvo espressa disposizione in contrario.

(8433) *Lotta antimalarica - Compenso ai sanitarii.* — Dott. G. P. da F. — Il Ministero dell'Interno distribuisce ogni anno una certa somma ai medici condotti che maggiormente nell'anno precedente si distinsero nella lotta antimalarica. La somma è varia da un anno all'altro, ed è corrisposta per una volta tanto nell'anno a titolo di incoraggiamento. Le relative proposte sono, di volta in volta, fatte dall'Ufficio sanitario provinciale.

(8435) *Ricostruzione della carriera.* — Dott. G. M. da C. — Riteniamo che anche a Lei, come impiegato comunale di concetto, competa la ricostruzione della carriera disposta dalla G. P. A., nella misura di tanti ventesimi quanti sono i trienni di servizio e sulla base dello stipendio di lire 10,000, che attualmente riceve per la sola cura dei poveri.

(8436) *Indennità caro-viveri.* — Dott. T. G. M. da C. — A norma delle disposizioni in vigore a Lei competono tre quote integrative di centesimi 85 al giorno, dovendosi includere la madre e la moglie ed escludere i primi tre figli. Con 12 anni di età non si perde la quota integrativa.

(8438) *Infermità durante l'anno - Nuovo capitolato.* — Dott. E. C. da M. — Per regola le giornate di infermità che si verificano durante l'anno non vanno a scomputo del mese di congedo ordinario. Per indurre l'Amministrazione municipale ad applicare il nuovo organico sarebbe bene ricorrere, con chiara esposizione delle condizioni locali, al Prefetto della Provincia.

(8439) *Indennità caro-viveri.* — Dott. G. B. da R. — Stando a quello da Lei esposto non ha diritto alla quota integrativa di cent. 85 giornalieri perchè non ha più di tre figli minorenni.

(8440) *Concorso a medico condotto.* — Dott. G. L. da G. — Non avendo fatto domanda regolare per l'ammissione al concorso può ben esservi escluso, perchè, in caso contrario, si danneggerebbero i diritti degli altri concorrenti.

(8442) *Indennità caro-viveri.* — Dott. B. A. da B. — L'indennità integrativa pei figli è indipendente dallo ammontare dello stipendio che percepisce. Deve, quindi, riscuotere pei figli che tiene non lire 100 mensili, ma lire 229.50.

Doctor JUSTITIA.

Armadio farmaceutico. — Al dott. G. B. P. da P.: L'istituzione dell'armadio farmaceutico viene ordinata dal Prefetto, sentito il Consiglio provinciale sanitario; nel caso che il Comune non aderisce ed il Prefetto ne riconosca invece la necessità, questi o la Giunta provinciale amministrativa possono provvedere d'ufficio. Il Comune assegna poi un congruo compenso al medico, che resta però escluso da qualsiasi partecipazione agli utili. La dotazione dell'armadio farmaceutico è indicata nella Farmacopea ufficiale. *fil.*

Cronaca del movimento professionale.

I medici scioperano a Piacenza.

Il 4 corr. è cominciato all'Ospedale Civile di Piacenza lo sciopero che i medici, in seguito a divergenze economiche con l'Amministrazione ospitaliera, hanno proclamato ad oltranza. Coi medici si sono posti in sciopero anche gli impiegati di amministrazione. L'Autorità sta provvedendo per sostituire gli scioperanti con medici militari, ma un solo medico militare andò a disimpegnare, e soltanto nella mattinata, il servizio all'ospedale.

CONDOTTE E CONCORSI.

CONCORSO ALLA CATTEDRA DI PATOLOGIA E CLINICA MEDICA DI CAMERINO. — È aperto il concorso alla Cattedra di Patologia speciale medica dimostrativa con incarico della Clinica medica presso l'Università Libera di Camerino.

Per informazioni rivolgersi alla Segreteria dell'Università.

CONCORSO PER LA CATTEDRA DI PATOLOGIA GENERALE E ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA NELLA UNIVERSITÀ DI PERUGIA. — L'eletto avrà il grado di professore straordinario e percepirà lo stipendio stabilito in organico, oltre l'indennità caro-viveri di legge.

Domanda in carta legale con fede di nascita, stato di famiglia, certificato di salute, di buona condotta, fede penale; elenco dei titoli in sei esemplari; pubblicazioni in numero di copie bastevoli per i componenti della Commissione.

Il concorso è per titoli; eventualmente la Commissione potrà chiamare uno o più concorrenti ad una prova di esame.

La Commissione è composta di cinque membri, di cui due della Facoltà medica di Perugia, tre scelti fra sei professori di altre Università od Istituti Superiori, indicati dalla Facoltà stessa.

L'eletto dovrà dichiarare l'accettazione entro cinque giorni dalla nomina ed assumere l'ufficio entro 10 giorni.

Scadenza 25 novembre.

CASTIGLION FIORENTINO (*Arezzo*). — Concorso per due posti di medico condotto nelle Sezioni Sanitarie di Manciano e Valle di Chio. Stipendio lordo L. 6000, più indennità caro-viveri. Per la vettura i medici riceveranno una indennità di lire 2000 all'anno qualora a questa non provveda l'Amministrazione. Fino all'approvazione definitiva elenco poveri i medici dovranno prestare assistenza gratuita anche agli abbienti dietro compenso mensile L. 500. Scadenza 19 settembre.

CHIAMPO (*Vicenza*). — Concorso a medico-chirurgo del Consorzio Chiampo San Pietro Mussolino. Indennità di residenza L. 5000, oltre l'indennità caro-viveri, l'indennità di cavalcatura lire 4800; cura dei poveri L. 1000. Scadenza 25 sett.

CHIURO-CASTELLO DELL'ACQUA (*Sondrio*). — Concorso al posto di medico-chirurgo di questo Consorzio con 3066 abitanti. Stipendio annuo L. 5250 lorde, elevabile a L. 6000 dopo il biennio di prova, per la cura di 500 poveri. Oltre allo stipendio è concessa un'indennità di trasferta di lire 677.50, altra di L. 2000 per la cavalcatura, più L. 500 per l'eventuale incarico di ufficiale sanitario. Documenti di rito da presentarsi al Sindaco non oltre il 23 settembre 1920.

CITTÀ DI CASTELLO (*Perugia*). — Al 30 settembre, 5 condotte pei poveri; L. 6000 lorde, con tre quinquenni; L. 3600 per cavalc.; indennità caro-viveri e altre indennità come da annunzio. Servizio entro 20 giorni. Rivolgersi all'Ufficio comunale di Igiene.

CONTIGLIANO (*Perugia*). — Concorso medico-chirurgico condotta residenziale. Scadenza 10 ottobre 1920. Stipendio L. 7000, comprese L. 1000 indennità residenza povera, oltre caro-viveri, e lire 1800 per cavalcatura. Cura semi-abbienti tariffa ridotta.

GORGO AL MONTICANO (*Treviso*). — Concorso a medico-chirurgo condotta unica. Stipendio cura poveri, fino a mille, L. 6000, per ogni altro povero in più L. 2. Mezzo di trasporto L. 1800; Ufficiale sanitario lire 400. Caro-viveri. Aumento del decimo per ogni quinquennnio. Scadenza 15 sett.

LISSONE (*Milano*). — Concorso a medico-chirurgo della prima condotta. Stipendio condizioni di carriera in base al capitolato approvato dalla

Giunta provinciale amministrativa. Scadenza 20 settembre.

LONDRA (*Ospedale Italiano*). — Concorso al posto di assistente in medicina e chirurgia.

Il candidato deve essere italiano, celibe, laureato in Italia, e registrato presso il *General Medical Council* di Londra; dovrà conoscere perfettamente l'inglese. Stipendio lire sterline 200 annue, vitto, ecc.

Nomina per sei mesi con diritto di presentarsi ai concorsi successivi.

Inviare i documenti al Segretario dell'Ospedale Italiano, Queen Square W. C. 1, Londra.

LORO CIUFFENNA (*Arezzo*). — Concorso alla prima condotta medico-chirurgica residenziale del Comune (Loro-Levante). Stipendio iniziale L. 6000 oltre L. 2000 per indennità di cavalcatura e vettura e l'indennità caro-viveri. Quattro aumenti quinquennali del decimo. Scadenza 20 settembre.

MEDUNA (*Udine*). — Concorso a medico-chirurgo ostetrico. Stipendio L. 6000 per i poveri; lire 700 quale ufficiale sanitario; L. 2000 indennità di trasporto; caro-viveri di legge; tre aumenti quinquennali; abitazione gratuita nel palazzo municipale, con orto e prato annesso. Scadenza 30 settembre.

MONTE ARGENTARIO (*Grosseto*). — A tutto settembre condotta residenziale per Porto S. Stefano; L. 7000 lorde, raddoppiamento indennità caro-viveri. Chiedere annunzio. Servizio entro 20 giorni.

MONTECATINI VAL DI CECINA (*Pisa*). — Condotta del Capoluogo per i poveri. L. 6000 lorde con aumenti quadriennali del decimo, fino a raggiungere con essi un massimo della metà dello stipendio. L. 2000 per la cavalcatura; L. 500 per eventuale incarico per Ufficiale Sanitario. Caro-viveri di L. 1200. Età massima anni 40, quando il concorrente non abbia prestato servizio in altre condotte: in tal caso occorre però l'accertamento della idoneità fisica. Scadenza 30 settembre.

PALMIRA (*Potenza*). — Condotta medico-chirurgica pei soli poveri L. 3000 lorde e L. 500 quale ufficiale sanitario. Età non superiore agli anni 40. Scadenza 30 settembre 1920. Documenti prescritti.

SAVIGLIANO (*Cuneo*). — Concorso al posto di medico condotto per la borgata di Levaldigi. Scadenza 25 settembre. Chiedere informazioni al Sindaco.

SCIACCA (*Girgenti*). — Condotta per il quarto della popolazione povera; stipendio base L. 4500; quattro sessenni del decimo. Chiedere annunzio. Scad. 30 giorni dal 28 agosto.

SCIOLZE (*Torino*). — Concorso a medico condotto del Consorzio Sciolze-Bardassano-Anzano-Vernone. Stipendio L. 4000; indennità cavalcatura L. 1800; quale ufficiale sanitario L. 500; caro-viveri L. 1200. Scadenza 15 settembre.

SPELLO (*Perugia*). — Concorso al posto di medico-chirurgo condotta residenziale. Stipendio lire 6000 oltre l'indennità caro-viveri. Scadenza 22 sett.

STRADELLA (*Pavia*). — Condotta per i soli poveri. Stipendio L. 6500 per i primi 1000 poveri e L. 3 per ogni povero di più oltre i 1000 (attualmente altri 1000): indennità di trasporto da lire 800 a 2000, secondo il mezzo; aumenti del decimo per quattro quadrienni. Caro-viveri a norma di legge. L'eletto dovrà anche prestare servizio di assistenza alle operazioni chirurgiche nell'ospedale. Fra i documenti, il concorrente può presentare quelli per la valutazione delle preferenze, giusta l'art. 3 del R. D. 18 settembre 1919, n. 1825. Età massima anni 39. Scadenza 22 settembre.

TORINO - *Policlinico Generale Umberto I.* — Concorso al posto di Direttore della Sezione « Malattie di petto ». Scad. 31 ottobre. Condizioni visibili alla Segreteria.

TORRE ANNUNZIATA (*Napoli*). — Due condotte pei poveri; L. 5000, caro-viveri, quadrienni. Scade il 25 settembre.

TORRE DI MOSTO (*Venezia*). — È prorogato il concorso a tutto il 30 settembre 1920 al posto di medico-chirurgo condotto per i soli poveri. Stipendio L. 9000 lorde, ritenute R. M. e C. P. Indennità L. 800, perchè Comune dichiarato malarico; indennità cavalcatura L. 1800; L. 500 quale Ufficiale Sanitario; indennità di caro-viveri D. L. 9 marzo 1919, n. 338; indennità disagiata residenza; alloggio gratuito; 3 aumenti quinquennali di un decimo dello stipendio iniziale; età non superiore ai 45 anni. Per ulteriori informazioni rivolgersi alla Segreteria del Municipio.

TRAPANI - *Ospizio Marino ed Ospedale dei Bambini « Riccardo Sieri Pepoli ».* — Due assistenti; L. 1500 (*sic*), oltre gli aumenti e le indennità provvisorie. Età massima 45 anni. Titoli ed esami. Chiedere annunzio. Scad. ore 12 del 15 ottobre.

VERONA - *Ospedale Civile.* — Concorso ai posti di Medico primario e di Chirurgo primario. Concorso per titoli ed esame. Questo consta per entrambi di prova scritta e di prova clinica; inoltre, per il medico, di ricerche di laboratorio attinenti alla clinica e per il chirurgo di prova di medicina operatoria. Le Commissioni saranno scelte fra professori di Università e primari di grandi ospedali. Stipendio annuo iniziale di lire 4900, lorde, compresi gli aumenti provvisori; quattro aumenti quinquennali del decimo. Nomina per un biennio di prova, salvo riconferma in pianta stabile fino a 60 anni per il chirurgo e 65 per il medico. Si esige l'elenco dei documenti in doppia copia. Scadenza 25 settembre.

VITO D'ASIO (*Udine*). — Condotta del 2° riparto. Frazioni di Pielungo, Pert. Frecinz e S. Francesco. Superficie 38 kmq. territorio montuoso. Lire 6000 per i poveri (meno di 1000), con 3 aumenti quinquennali del decimo; L. 2000 per il cavallo; L. 500 per l'ambulatorio. Tariffa per gli abbienti dell'Ordine dei medici. Caro-viveri di legge; alloggio gratuito. Scad. 30 settembre.

ROMA - *Pio Istituto di Santo Spirito ed Ospedali Riuniti.* — Concorso per la nomina di 32 aiutanti medici e 15 aiutanti chirurgi, da assumersi secondo il bisogno. Occorre aver compiuto il biennio di servizio di assistente medico-chirurgo negli ospedali di Roma, oppure, che, avendo prestato servizio militare per causa di mobilitazione, abbia esercitato il diritto di opzione circa la equiparazione del servizio militare al servizio civile. Scadenza 30 settembre.

CONCORSO PER MEDICO DI REPARTO DELLE FERROVIE DELLO STATO. — È aperto un concorso per titoli a 62 posti di medico di reparto per i seguenti reparti:

Arcore, Alano, Baveno, Borzolo, Calcio, Caldiero, Calusco, Camnago Lentate, Casalpusterlengo, Castelleone, Castellucchio, Castelnuovo di Verona, Cernusco Merate, Chignolo Po, Coccaglio, Colorno, Conegliano, Cormeda, Curtatone, Dolcè, Forgaria, Gemona II, Ghedi, Gorlago, Grumello, Ispra, Lonato, Lonigo, Lungavilla, Maggianigo, Melzo, Moggio Udinese, Mogliano Veneto, Osoppo, Ospitale, Parabiago, Peravolo, Piacenza V, Pianzano, Pombia, Pontebba, Ponte San Marco, Portogruaro II, Pozzolo Formigaro, Premosello, Rivoltella, Sacile, San Giorgio della Richinvelda, San Giuliano Piemonte, San Nazario, Soriate, Sesto Cordovado, Sesto San Giovanni II, Siziano, Susegana, Usmate Carnate, Varese I, Varese II, Valvasone, Vigentino, Vogogna.

Le domande, con i documenti di rito ed i titoli, devono essere inviate all'Ufficio Sanitario delle Ferrovie dello Stato, a Milano, entro il 30 settembre corrente. Per chiarimenti rivolgersi ai Capistazione dei reparti posti a concorso.

Cercasi interino per la condotta del capoluogo di Baschi (Perugia) a cura piena; fino a L. 800 nette; durata di qualche mese, fino ad espletamento di regolare concorso. Condotta comoda. Rivolgersi al R. Commissario.

Medico di nazionalità armeno, laureato in Italia, giovane, con conoscenza di lingue (italiano, francese, tedesco, inglese, armeno, turco) accetterebbe posto in clinica, ospedale, sanatorio, diretti da insigne professore, oppure interinato in Comune prossimo città (non più di 2-3 ore) ove esiste clinica o policlinico importante, in qualunque provincia italiana, oppure posto traduzioni scientifiche. Per proposta scrivere al rag. Mario Pozzi, via della Vite, 3, Roma.

Medico chirurgo trentenne, colto, attivissimo, con servizio prevalentemente chirurgico, negli ospedali di Roma, in clinica privata, in condotta, accetterebbe lungo e ben retribuito interinato. Indirizzare: P. Gatti, via Pasqualina, 3 - Roma.

Diffide e boicottaggi.

Sono boicottati i concorsi alla condotta medica di Radicondoli, fraz. di Anqua (dalla presidenza dell'Ordine dei Medici di Siena) ed al posto di medico specialista del costituendo Dispensario Celtico di San Remo (dal Consiglio dell'Ordine dei Medici di Porto Maurizio, considerato che lo stipendio stabilito in L. 1500 è assolutamente irrisorio e lesivo della dignità della classe medica).

NOTIZIE DIVERSE.

Chiusura degli Ospedali ?

I giornali politici recano che «gli Ospedali di Palermo hanno chiuso i loro battenti. La Commissione ospedaliera, non avendo più mezzi per pagare il personale, ha esposto ad esso le condizioni in cui versano le finanze del nosocomio; e allora il personale ha abbandonato il servizio. Gli ospedali di San Saverio e della Concezione hanno chiuse le porte ed i posti di soccorso sono stati aboliti. I feriti che si presentano agli ospedali civili vengono portati all'Ospedale Militare». Contemporaneamente si apprende che è aperta un'inchiesta sul Manicomio di Palermo. Sembra, tra l'altro, che le condizioni del personale del Manicomio di Palermo siano poco liete.

Si annunzia anche la chiusura dei Manicomi Civili di Arezzo e di Teramo, determinata dalle disastrose condizioni dei bilanci.

Biblioteca sanitaria di guerra.

È intendimento del Maggior generale medico Ispettore Capo di Sanità militare, prof. Lorenzo Bonomo, che siano raccolte nella Biblioteca annessa al Museo Storico dei Servizi sanitari di guerra, che si va istituendo nella Scuola d'Applicazione di Sanità Militare in Firenze, tutte le pubblicazioni su argomenti di medicina militare fatte durante e dopo la campagna del 1915-1918.

Viene rivolta pertanto calda preghiera ai vari Autori di volerne spedire una copia all'Ispettorato, affinchè tutta l'attività scientifica spiegata dai Medici italiani di ogni categoria, in servizio nell'Esercito durante la campagna di guerra, abbia la sua documentazione nella Biblioteca suddetta.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1920 - Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, *ed. resp.*

Anno XXVII Roma, 20 Settembre 1920 Fasc. 38.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

CLINICA PEDIATRICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
diretta dal prof. L. CONCETTI.

Vaccinoprofilassi e vaccinoterapia della pertosse [1]

pel prof. L. SPOLVERINI, aiuto e docente.

I primi tentativi di una terapia specifica — visto che i comuni rimedi, benchè così vari, non avevano raggiunto altro scopo all'infuori di quello di calmare gli accessi caratteristici — risalgono al 1900, epoca in cui per opera di Bordet e Gengou fu scoperto l'agente etiologico della pertosse. Tale scoperta per altro dette luogo a notevoli discussioni tra i ricercatori che si occuparono dell'argomento, taluni dei quali trovarono invece germi assai varî (e ne vedremo in parte la causa analizzando le nostre ricerche) fino al punto di far ritenere (Czerny) che la pertosse dovesse essere considerata come una sindrome propria dell'infanzia, provocata da agenti i più svariati. Oramai però l'accordo dovrebbe ritenersi raggiunto, visto che Inaba è riuscito

(1) Comunicazione letta e discussa all'Accademia Medica di Roma.

a provocare la pertosse nelle scimmie, adoperando il bacillo di Bordet e Gengou.

Le ricerche per altro eseguite a proposito della terapia specifica si riferiscono sempre a tale bacillo. Dapprima si tentò l'immunizzazione passiva per mezzo della sieroterapia, ma i risultati ottenuti dai vari sperimentatori (Bordet e Gengou, Klimenko, Duthoit, Rosenthal, Vanlair) furono negativi.

In seguito, tenuto presente che se nelle infezioni a decorso in specie acutissimo può con ragione dubitarsi dell'efficacia della vaccinazione a causa della mancanza di tempo utile per la produzione di anticorpi specifici, invece nelle infezioni sub-acute possono ottenersi risultati veramente buoni, si ricorse per opera principalmente di studiosi americani alla immunizzazione attiva mediante la vaccinazione con il bacillo di Bordet e Gengou.

Tali ricerche sebbene tutt'affatto recenti (dal 1912 in poi) pure sono già molto numerose; i risultati per altro dei vari sperimentatori sono, come dimostra la letteratura, disgraziatamente assai contraddittori per ciò che si riferisce alla vaccinoterapia. Giacchè mentre alcuni hanno ottenuto risultati buoni e talora rapidissimi (Luttinger 10 casi tutti migliorati — Biekler 29 casi, di cui 19 guariti e 10 migliorati — Kelsall 30 casi tutti migliorati — Ghaham 24 casi, dei quali 17 guariti — Nicolle 104 casi, dei quali 37 guariti, 40 migliorati e 17 stazionari — Caronia 155 casi, dei quali 95 guariti, 50 migliorati e 10 stazionari — Pastore 38 casi, dei quali 18 guariti e 14 migliorati) e perfino ottimi (Moeller 18 casi tutti guariti — Sill 33 casi tutti guariti); altri invece li hanno avuti addirittura negativi (Scott 20 casi — Alfred 56 — Bachet 24 — Zahorosky 40 — Bamberger 28 — Reynolds 30 — Luzzatti ed altri, senza alcuna guarigione).

Migliore fortuna era riservata alle ricerche — sebbene assai meno numerose — relative al valore profilattico della vaccinazione; in quanto che intorno all'utilità della medesima le conclusioni sono più concordi.

Orbene trattandosi di un argomento di così alta importanza tanto individuale, dal punto di vista sia della terapia e sia delle gravi conseguenze immediate e lontane che la pertosse può provocare, quanto sociale dal punto di vista cioè della profilassi, abbiamo creduto opportuno di fare nella nostra clinica delle ricerche sistematiche e nel miglior modo complete, col fine di orientarci su tale dibattuta questione e vedere se fosse possibile di giungere a conclusioni precise.

Allo scopo di eliminare da un lato le cause più evidenti che potrebbero infirmare l'attendibilità dei risultati sia di quelli già noti e sia delle nostre ricerche, e dall'altro lato di ricercare i motivi della discordanza dei risultati dei vari ricercatori, nella nostra clinica (a differenza dei ricercatori precedenti) noi non ci siamo limitati semplicemente ad iniettare il vaccino nei pertossici e ad osservare le conseguenze; ma abbiamo creduto necessario, per la serietà delle conclusioni, di istituire una serie di ricerche collaterali, indispensabili, adottando uno schema di indagini il più possibilmente completo e che qui riassumiamo, perchè illustra in modo sintetico lo scopo precipuo delle nostre osservazioni.

A) Per ciò che si riferisce alla *vaccinoterapia*:

1° Specificità del germe di Bordet e Gengou nell'epidemia di pertosse studiata;

2° Modo di preparazione del vaccino specifico adoperato e quantità dei germi iniettati;

3° Impiego, come controllo, sia di proteine batteriche non specifiche e sia di proteine non batteriche;

4° Ricerca nello sputo dei nostri bambini (dimostrazione batteriologica)) del germe specifico (Bordet e Gengou);

5° Dimostrazione clinica della malattia;

6° Giornata di malattia e sua sintomotologia nel momento dell'esperienza;

7° Effetti immediati (locali e generali) e lontani della vaccinazione, escluso qualsiasi altro medicamento.

B) Per ciò che si riferisce alla *vaccinoprofilassi*:

1° Modo di preparazione del vaccino specifico adoperato e quantità dei germi iniettati;

2° Impiego, come controllo, sia di proteine batteriche non specifiche e sia di proteine non batteriche (latte-peptone);

3° Dimostrazione nei soggetti malati coabitanti sia batteriologica (presenza del germe specifico) e sia clinica (sintomatologia) della pertosse;

4° Assenza della pertosse in atto nei soggetti da esperimento;

5° Effetti della eseguita vaccinazione, pure restando i soggetti a contatto del focolaio di infezione, insieme ad altri non vaccinati, come controllo.

Data l'assoluta necessità della brevità sulla descrizione del lavoro — a causa di imprescindibili ragioni tipografiche — non entro affatto in particolari sulle varie ricerche eseguite; mi limiterò solo a fare un accenno sul vaccino adoperato e sulle ricerche del germe specifico nello sputo.

Il vaccino, preparato dal dott. Levi Della Vida, consiste in emulsione, fatta in soluzione fisiologica fenicata al 0.5 %, di patine di

36 ore del batterio di Bordet e Gengou, coltivato nel terreno speciale noto (estratto idroglicerico di patata agarizzato, con aggiunta di sangue defibrinato di coniglio) e reso innocuo mediante il trattamento dell'alta temperatura.

Il numero dei germi contenuti per cmc. è variato; da 500 milioni — 1 miliardo — 2 miliardi nella prima serie, si è giunti a 2-4-6 miliardi nella seconda serie.

In quanto alla ricerca nello sputo del b. di Bordet e Gengou, noi abbiamo in clinica adottato il sistema o di far tossire direttamente il bambino su di un vetrino porta oggetti, disposto entro una capsula di Petri, o di prelevare col dito, ben pulito, del muco direttamente sulla glottide e distenderlo sul vetrino, indi colorate, dopo essiccato, colla nota soluzione di fucsina diluita però al decimo.

Le ricerche fino ad ora eseguite nella clinica si riferiscono a 144 soggetti, di cui su 98 bambini dal punto di vista della terapia, e su 46 del punto di vista della profilassi; numero questo, già di per sè stesso, abbastanza rilevante e comunque tale da autorizzarci a trarre delle conclusioni attendibili. E ciò tanto più sicuramente, in quanto che le esperienze, benchè nello stesso periodo di tempo, pure essendo state eseguite da sperimentatori diversi, hanno condotto a risultati concordi (Randegger 70 casi — Modigliani 31 casi — Genoese 18 casi, oltre quelle praticate da me).

I miei colleghi descriveranno dettagliatamente le loro osservazioni; a me interessa di illustrare fino da ora in modo schematico e preciso le conclusioni, in specie dal punto di vista pratico e sociale, a cui siamo pervenuti:

1° La *vaccino profilassi* col germe di Bordet e Gengou contro le pertosse — se praticata prima dell'insorgenza di qualsiasi sintomo specifico — dà risultati ottimi (solo il 7 % di insuccessi nei nostri casi);

2° La *vaccinoterapia* col germe in parola dà luogo a risultati:

a) In linea generale *negativi* se è praticata dopo il 18°-20° giorno dal principio della malattia, quando cioè si iniziano gli accessi tipici della pertosse e quando non si riesce più a dimostrare il bacillo di Bordet e Gengou nell'espettorato.

Per altro talune volte possono invece constatarsi risultati brillanti, anche a periodo inoltrato della malattia (30-35 giorni-, e solo dopo una o due iniezioni praticate a giorni alterni, nel senso che gli accessi e lo stato generale migliorano in modo sorprendente; però nel maggior numero dei casi a questo improvviso miglioramento segue una rapida ricaduta di varia intensità. Tale risultato che ragionevolmente, in base alle nostre cognizioni scientifiche e cliniche, non può davvero attribuirsi ad alcuna azione di vaccinoterapia specifica, deve con ogni probabilità ascriversi ad effetti della terapia proteinica aspecifica (intorno alla quale non mi è consentito in questo momento di discutere nemmeno brevemente) tanto più che il vaccino da noi adoperato è molto ricco in proteine sia batteriche e sia animali. Difatti le ricerche di controllo (Vasconcellos e Genoese) eseguite su bambini con pertosse con iniezioni di proteine batteriche aspecifiche, nonchè con latte e peptone, hanno confermato tale modo di vedere, nel mentre hanno condotto a risultati completamente negativi (del resto preveduti) dal punto di vista profilattico;

b) Si ottengono invece risultati *positivi* se la vaccinoterapia si esegue al più presto possibile e comunque entro i primi 10 giorni dall'inizio della malattia (quando cioè ci si trova ancora nel così detto periodo catarrale e quando è facilmente dimostrabile nell'espettorato il germe di Bordet e Gengou) nel senso che la forma e gli accessi iniziali della pertosse diminuiscono, si attenuano e la malattia scompare abbastanza rapidamente;

3° Le esperienze comparative dimostrano che per ottenere tali benefici effetti, in specie dal lato terapeutico, anche nei casi iniziali, occorre adoperare dosi elevate di vaccino 2-4 ed anche 6 miliardi di germi per cmc., a seconda anche dell'età del paziente. Dosi piccole (come hanno pur troppo praticato molti ricercatori) restano senza risultato apprezzabile;

4° Le iniezioni di vaccino vanno ripetute a giorni alterni; dal punto di vista profilattico sono in genere sufficienti tre iniezioni, mentre che per una azione curativa conviene insistere talora fino a 6-7;

5° Il vaccino da noi adoperato si è dimostrato sempre innocuo, non avendo mai provocato reazioni nè locali nè generali;

6° queste nostre ricerche sistematiche sulla presenza o meno del bacillo di Bordet e Gengou e sul tempo della durata del medesimo nell'espettorato dei bambini in esperimento, non chè sull'epoca più adatta per la vaccinoterapia, oltre il convalidare le esperienze eseguite ed il darci spiegazioni (insieme alla diversa quantità di germi introdotti) dei risultati contradittori ottenuti dagli altri, ci forniscono anche la dimostrazione:

a) Della constatazione, consacrata recentemente anche dalla osservazione clinica, che la pertosse, dopo 30-40 giorni al massimo dal suo *primo* inizio, non è più contagiosa. Da qui l'inutilità dal punto di vista pratico e sociale di continuare ad adottare dopo quell'epoca i provvedimenti di isolamento, come tuttora ancora si praticano in specie nelle scuole.

b) Dei risultati delle esperienze eseguite l'anno scorso sulla vaccinoterapia nella pertosse, dal Reynolds, il quale mentre aveva ottenuto in un primo tempo risultati negativi col vaccino preparato solo col germe di Bordet e Gengou (perchè iniziata la cura probabilmente con ritardo!), li ottenne invece assai buoni con vaccino misto (b. di Bordet e Gengou, strepto e stafilococco, b. di Pfeiffer e pneumococco);

7° È logico quindi il ritenere che il bacillo di Bordet e Gengou nella sindrome clinica della pertosse sia quello che, iniziando il processo morboso, apra la via all'azione deleteria degli altri germi ora nominati e che si riscontrano quasi esclusivamente nell'espettorato dei pertossici in specie dopo la 3ª settimana di malattia. Essi con la loro presenza ed azione mantengono e prolungano il quadro caratteristico della pertosse, oltre a provocare possibili complicazioni in modo vario a seconda sia della prevalenza dell'uno o dell'altro e sia dalla predisposizione individuale in specie del sistema nervoso; senza per altro la necessità di dovere giungere ad ammettere (come da taluni si era sostenuto) che la tosse convulsa non è una malattia specifica e che invece diversi agenti possano provocarla; ciò che allo stato attuale delle nostre conoscenze non sarebbe più possibile sostenere.

Roma, luglio 1920.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALI MAGGIORE E UGOLANI-DATI DI CREMONA
SEZIONE UGOLANI-DATI
diretta dal comm. prof. dott. TOMMASO BUSACHI,
chirurgo direttore.

Sui cosiddetti angiomi nevralgici.

Contributo clinico pel dott. GAETANO TROGU,
aggiunto chirurgo incaricato.

Gli angiomi nevralgici, data la loro rarità, furono oggetto di studi non del tutto completi, se ci teniamo alle poche descrizioni che troviamo in letteratura, e si può dire che i caratteri isto-patologici descritti dagli autori non siano concordi, nè concorde le interpretazioni del sintoma dolore che caratterizza questa rara forma di neoplesia.

I trattati anche più completi sorvolano su queste rare forme di tumore, forse per il numero esiguo dei casi, fors'anche per la non concorde interpretazione di essi. Certo si è che anche questi tumori possono assumere una particolare importanza che non solo interessa il clinico, ma anche il perito legale nel giudizio della diminuita capacità al lavoro che detti tumori possono determinare.

Il caso nostro perciò unito a quelli già pubblicati, possono delineare una direttiva pratica sul valore di questi tumori per quanto restino sempre diverse le interpretazioni del sintoma dolore, che ciascun autore mette in rapporto ai singoli reperti isto-patologici trovati. Qualcuno anzi non si ferma sullo studio del sintoma clinico, al quale noi diamo quel giusto valore che merita, perchè i dati clinici, se giustamente vagliati, debbono essere integrati dai reperti isto-patologici.

Trélat, Terrillon, Watson, Kirmisson, Gerard e recentemente Grossi della Clinica Chirurgica di Roma ci danno la descrizione succinta dei casi da loro studiati. Nessuno di questi pochi casi risponde per sede a quella da noi studiata. Il Kermisson riscontrò un angioma nevralgico al polpaccio della gamba destra; il Gerard lo riscontrò sottocutaneo nella regione interna della gamba; il Grossi sul polpastrello del mignolo della mano sinistra; noi l'abbiamo riscontrato alla faccia esterna del ginocchio sinistro in prossimità del capo articolare prossimale del perone.

Il caso nostro risale al giugno 1919 ed è certo C. L., d'anni 54, contadino da Cappella Cantone, il quale ci fu inviato in Ospedale con diagnosi di nodulo varicoso e da noi in sul principio pure tenuto come tale.

Babbo e mamma morti in tarda età cardiopatici. Paziente immune da lue e da tubercolosi. A 49 anni sofferse ittero grave catarrale. Moderato bevitore, fumatore e ciccatore impenitente.

Esame obiettivo — Individuo robusto, ben nutrito. È affetto da iperestesia di natura pellagrosa.

Presenta alla faccia esterna del ginocchio sinistro un nodulo sottocutaneo, grosso quanto un cece, dolentissimo alla pressione anche leggera, nodulo elastico, teso, che si appiattisce con modica compressione. Caratteristica è la dolenzia spiccata, dolenzia che comparve dopo circa 6 mesi dalla comparsa del piccolo tumore. Dopo prolungata stazione eretta e nel lavoro il tumore dà dolori lancinanti, vivissimi che inchiodano il paziente. Nel riposo il dolore diminuisce e quasi tace contemporaneamente alla diminuzione di volume del nodulo neoplastico. Però ogni qualsiasi pressione ridesta lancinanti fitte dolorose. Mentre il paziente dormiva tranquillamente noi provammo ad esercitare modica pressione sul nodulo neoplastico e notammo che il paziente scattò come una molla in preda a dolori spasmodici.

Il 14 giugno 1919 venne operato di esportazione del nodulo e dopo 13 giorni lasciò l'Ospedale completamente guarito.

Esame istopatologico. — Debbo queste ricerche alla benevolenza ed accurato interessamento del prof. Rizzi del nostro Ospedale. L'esame dei preparati ci dicono che ci troviamo di fronte ad un piccolo angioma cavernoso. È esclusa quindi la possibilità di un nevroma. La circolazione lacunare è manifesta, delimitata da uno stroma fibroso suddiviso in numerose trabecole. Le cavità lacunari, ripiene da globuli singuigni, sono tappezzate da endotelio e lo stroma fibroso presenta fibre muscolari liscie e qualche fibra elastica. Non si ritrovano fibre nervose. Negli interstizi lacunari predominano cellule giovani connettivali che si addossano ai capillari e arteriole nutritizie del tumore.

Senza volerci dilungare sull'esame descrittivo citologico, le considerazioni di una certa importanza riflettono i caratteri clinici in rapporto al reperto istologico.

Anzi tutto ricordiamo che gli autori che trattarono l'argomento tutti sono concordi nel riferire che i loro pazienti avvertirono il dolore dopo un certo tempo della comparsa del tumore. Il paziente di Kirmisson avvertì il dolore dopo un anno; dolore che si rendeva molesto la sera dopo il lavoro; la paziente del Grossi, affetta da angioma al polpastrello del mignolo sinistro, di dimensioni piccole prima, avvertì il dolore vivo solo dopo tempo quando il tumore assunse le dimensioni di un grosso cece e la proprietà di rimpicciolirsi ed accrescersi saltuariamente; dolore talora folgorante irradiantesi alla mano, avambraccio e braccio.

Il nostro paziente lo stesso avvertì il dolore dopo qualche mese della comparsa del male, dolore che si accentuava la sera dopo il lavoro al punto da obbligarlo a letto. Per mitigare il male il paziente aveva imparato a stringersi, la mattina, il ginocchio con un fazzoletto, il che gli apportava gran sollievo durante la giornata. Questo rimedio si dimostrò inutile a mano a mano che il nodulo crebbe di volume.

In tutti i casi finora descritti quindi il dolore è tardivo, il dolore compare col crescere del tumore. Dal che noi deduciamo che il sintoma dolore non è in rapporto alla costituzione istopatologica del tumore, ma forse all'azione compressiva e forsanche erosiva che il tumore espandendosi esercita su filuzzi nervosi a contatto di esso. Questo nostro modo di interpetrare il sintoma dolore non è arbitrario poichè è la deduzione più legittima che noi traggiamo dall'esame istologico del tumore da noi operato. Non possiamo invocare come genesi del dolore l'esistenza di filuzzi nervosi nel tessuto del tumore, perchè nonostante le più accurate colorazioni, tracce di elementi nervosi non esistono, sottoposti allo stiramento delle lacune angiomatose nell'accrescersi e diminuire del tumore.

Concludendo: noi sosteniamo che almeno alcuni degli angiomi così detti nevralgici altro non siano che comuni angiomi esercitanti, a seconda della sede, compressione erodente su filuzzi nervosi finitimi, unica causa del dolore folgorante.

Unica cura perciò è l'atto operativo sempre da consigliarsi specie agli operai assicurati, i quali non debbono godere alcun beneficio per la diminuita capacità al lavoro, qualora rifiutino l'atto operativo.

NOTE DI TECNICA.

EX-OSPEDALE MILITARE PRINCIPALE DI CHIETI
diretto dal Ten. Colonnello Comm. L. RIZI.

La ricerca dell'acetone attraverso i suoi derivati formilici.

Nota del dott. EMILIO PITTARELLI, direttore dei Gabinetti di Chimica, Microscopia e Radiologia applicate alle Clinica.

I reattivi dell'acetone segnalati finora, ammontano a una cinquantina (1), ma il loro numero può crescere a dismisura, quando vi si voglia mettere a lavorar su con *pazienza metodica*, perchè le affinità chimiche di quel corpo e della famiglia cui esso appartiene, sono talmente estese e talmente energiche, da non esservi, si può dire, sostanza con cui esso non sia in grado di entrare in combinazione. A queste ricerche io vengo da qualche anno dedicando i ritagli di tempo che mi si consentono

(1) Ecco i nomi degli autori: Auld, Baeyer-Villiger, Bardach, Blumenthal-Neuberg, Borisch, Chautard, Collo, Denigès, Drewsen, Ekenstein, Ellram, Fabinyi, Fritsch, Fröhner, Frommer, Gunning, Imbert, Krämer, Lange, Légal, Lieben, Malerba, Mauban, Messinger, Möller, Lenoble, Oppenheimer, Penzoldt Pittarelli, Reynolds, Ricci, Rimini, Romme, Rosenthaler, Rothera, Schwicker, Shider, Sternberg, Stock, Studer, Vournasos, Wester, Willen; in complesso, 50 reattivi.

dalle occupazioni de' Gabinetti (1); con la mira di arrivare al *reattivo univoco dell'acetone*, che manca finora nella scienza.

In questa memoria studierò la ricerca dell'acetone attraverso i suoi derivati formilici: terreno quasi vergine, nel quale non trovo altri predecessori, che Auld e Lieben. Questi autori infatti convertono l'acetone rispettivamente in bromoformio $CHBr^3$ e jodoformio CHI^3; ma mentre Lieben identifica senz'altro l'acetone dalla formazione dell'iodoformio, utilizzando l'insolubilità e l'odore caratteristico di questo, Auld si serve invece del bromoformio come prodotto intermedio, che egli trasforma in acido bromidrico e in tale stato lo identifica e lo titola col nitrato d'argento. Nelle ricerche biologiche però il processo di Auld non è utilizzabile, perchè in esse s'incontrano normalmente troppe cose che precipitano il nitrato d'argento e che obbligherebbero quindi al previo isolamento dell'acetone; se non che, dopo una tale operazione vi son processi ben più semplici per identificarlo. Corrente applicazione trova e merita invece il processo di Lieben, specialmente colla modifica di Gunning, che elimina parecchie cause d'errore; ma per i casi di estreme diluzioni esso, benchè molto sensibile, non lascia non desiderare processi ancora più sensibili, i quali, come vedremo, possono innestarsi su di esso medesimo.

***

Il principio su cui si basa la ricerca dell'acetone attraverso i suoi derivati formilici, è il seguente:

Il cloroformio, il bromoformio e l'iodoformio hanno reazioni di colorazione e di odorazione straordinariamente sensibili; e l'acetone può trasformarsi in essi con la più grande facilità e semplicità mediante l'azione degl'ipocloriti, degl'ipobromiti e degli ipoioditi alcalini. Se dunque il liquido in cui si cerca l'acetone venne trattato con ipocloriti, ipobromiti o ipoioditi alcalini, la pratica in esso liquido delle reazioni coloranti od odorose di quei derivati formilici, varrà a svelare la presenza dell'acetone.

Il metodo va perciò diviso in due tempi:

a) formazione di derivati formilici; *b*) formazione delle sostanze coloranti ed odorose.

1° TEMPO. — La formazione dei derivati formilici si ottiene nella maniera più semplice aggiungendo al liquido acetonico una soluzione fortemente alcalina di cloro, bromo o jodio; un leggero riscaldamento, da non superare i 40°-45° C (specialmente col cloro), affretterà le reazioni. L'ultima, cioè la soluzione di jodio, è la preferibile, perchè di preparazione più facile, di maneggio egualmente più facile, e non richiede, come le altre due, l'eliminazione dell'eccesso dell'alogeno attivo.

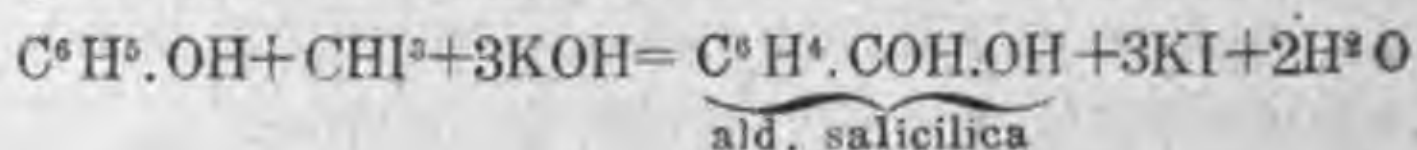
Con tali reattivi l'acetone viene trasformato rispettivamente in cloroformio, bromoformio e jodoformio.

2° TEMPO. — Formazione delle sostanze coloranti (*a*) od odorose (*b*). Prima di passare a questo tempo, bisogna eliminare l'eccesso di alogeno attivo, se si è fatto uso di cloro o di bromo: ciò può ottenersi con molteplici mezzi; il più semplice è l'aggiunta di un pizzico di solfito sodico.

a) *Formazione di sostanze coloranti.* — Si aggiunga al saggio una goccia di un fenolo, e si scaldi a bagnomaria fin verso i 50° C.; si otterranno così con i vari fenoli le colorazioni segnate a lato a ciascuno:

Creosoto	Giallo
Cresolo	Violetto
Fenolo ordinario	Rosa-violetto
Guaiacolo	Rosa
Idrochinone	Giallo-oro
Naftolo α	Bleu celeste
» β	Bleu verde
Pirocatechina	Violetto
Pirogallolo	Violetto
Resorcina	Rosa
Timolo	Violetto cupo

Il meccanismo delle reazioni consiste in ciò, che il miscuglio di fenolo, cloroformio (bromoformio, jodoformio) ed alcalini dà luogo alla formazione di un'aldeide corrispondente al fenolo (p. e., aldeide salicilica col fenolo ordinario, ossibenzaldeide con la resorcina, vanillina col guaiacolo, ecc.); e tali aldeidi, riscaldate con alcali, si colorano variamente e vivacemente. Ecco, per es., l'equazione che rappresenta la reazione col fenolo ordinario:

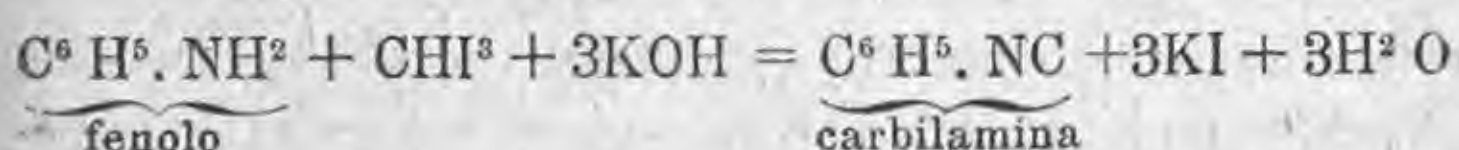
$$C^6H^5.OH + CHI^3 + 3KOH = \underbrace{C^6H^4.COH.OH}_{\text{ald. salicilica}} + 3KI + 2H^2O$$

(1) «La metanitrobenzaldeide nella ricerca dell'acetone», in *Riv. Crit. di Clin. Med.*, 1919; «Analisi dell'acetone mediante i sali d'idrossilammina», in *Folia Medica*, 1919; «Sopra alcuni espedienti per esaltare la sensibiltà dei comuni indicatori alcalimetrici, e sulle loro applicazioni all'analisi dell'acetone», in *Rif. Med.*, 1919; «La questione della così detta acetonuria fisiologica studiata con nuovi metodi di ricerca», in *Arch. di Farmacol. Sperim. e Scienze affini*, 1919; altri lavori in corso di stampa nello stesso *Archivio* e nella *Riforma Medica*. — Per alcune coincidenze analitiche ved. le mie memorie *Sulla ricerca del glucosio*, in *Mercredi Médical*, 1894, e in *Virchow-Hirsch's Jahresberichte für die Gesämmte Medizin*, 1895.

Queste reazioni sono estremamente circostanziate, specie in rapporto alle proporzioni dei reagenti e alla temperatura; perciò spesso falliscono. La ragione precipua del fallimento sta in ciò, che esse danno origine simultaneamente ad aldeidi orto, meta e para, e in proporzioni variabili e imprevedibili; mentre la colorazione reattiva si ha solo con le aldeidi orto. Ne deriva che una reazione negativa non dimostra assenza di acetone.

Le reazioni positive svelano fino a $\frac{1}{20000}$ di acetone.

b) *Formazione di sostanze odorose.* — α) *Formazione di carbilamine.* — Si aggiunga al saggio una traccia di una qualunque amina primaria (alifatica od aromatica che sia; per ragioni di opportunità si userà l'anilina o la naftilamina, che sono a portata di mano in ogni Gabinetto); e si scaldi fin verso i 60° C. Si ottiene così l'odore orribile e tenace delle carbilamine, che lascia nella gola un senso di disgusto insopportabile e ributtante, e si diffonde rapidamente nella stanza.

Il meccanismo della reazione consiste in ciò, che il miscuglio di jodoformio (cloroformio, bromoformio), amina ed alcali dà luogo alla formazione di carbilamine secondo l'equazione:

$$\underbrace{C^6H^5.NH^2}_{\text{fenolo}} + CHI^3 + 3KOH = \underbrace{C^6H^5.NC}_{\text{carbilamina}} + 3KI + 3H^2O$$

Questa reazione avviene costantemente, ed è più sensibile dell'altra dei fenoli or ora descritta.

β) *Formazione di acetilene.* — Si aggiunga al saggio della polvere di zinco, un grosso pizzico di cloruro di ammonico e qualche goccia di solfato di rame; e si agiti. Si otterrà così, anche a freddo, ma più sensibilmente a caldo, la formazione di acetilene, che si svela all'odore; le reazioni procedono nel modo che segue:

$$2CHBr^3 + 3Z_n = \underbrace{C^2H^2}_{\text{acetilene}} + 3Z_nBr^2$$

Questa reazione procede regolarmente *solo* col bromoformio; è con la liscivia di bromo che bisognerà, dunque, trattare l'acetone, quando si voglia identificarlo per mezzo dell'acetilene. Si noti altresì che nelle condizioni dell'esperienza il protocloruro di rame ammoniacale non dà, nel saggio, il caratteristico precipitato rosso-bruno di *acetiluro di rame;* per praticare questa reazione, bisogna scacciar l'acetilene col riscaldamento e raccoglierlo appunto in una soluzione diluita ed ammoniacale di ossido rameoso, la quale si prepara estemporaneamente aggiungendo alcune gocce di ammoniaca concentrata a una soluzione di solfato cuprico, indi dell'idrazina o dell'idrossilamina fino a decolorazione.

La reazione odorosa dell'acetilene svela $\frac{1}{10000}$ di acetone; quella dell'acetiluro cuproso, perfino $\frac{1}{50000}$; disgraziatamente, essa è un po' complicata.

***

Applicazione all'orina. — La reazione carbilaminica può raccomandarsi senza esitazione come una delle più eleganti, delle più sensibili e delle più dimostrative per l'acetone. *Al pari di ogni altra* però, essa è inapplicabile all'orina bruta, perchè, come io ho dimostrato perentoriamente (1), nell'orina l'acetone non trovasi mai libero, ma bensì allo stato d'ignota combinazione, probabilmente ossimica (od idrazonica?). È adunque necessario liberarlo previamente da queste combinazioni; ciò che si ottiene agevolmente con la distillazione in ambiente leggermente acido per acidi minerali.

In base alle esposte considerazioni la ricerca dell'acetone nell'orina mediante la reazione carbilaminica può condursi nel modo seguente:

1° distillazione dell'orina (almeno 100 cm³), previa acidificazione con acido fosforico. Quest'acido è preferibile perchè sicuramente esente da sostanze atte a reagire coll'acetone;

2° aggiunta al distillato di 5-6 gocce di soluzione jodo-jodurata (reattivo di Bouchardat), e di 5-6 gocce di soluzione potassica al 20 %.

Se a questo punto si ottiene un precipitato che per il colore e per l'odore ricordi l'iodoformio, non occorre procedere oltre: la presenza dell'acetone è dimostrata. Se il saggio è incerto, si passa al n. 3.

3° aggiunta di una goccia di anilina, e immersione del tubo da saggio in acqua bollente, lasciandovelo alcuni minuti. *La presenza dell'acetone sarà svelata dallo sprigionarsi di un odore penetrante e ributtante, che, una volta annusato, non si dimentica mai più.*

Chieti, 17 marzo 1920.

---

(1) *Arch. di Farmacol. Sperim. e Sc. affini*, 1919; *Rif. Medica*, 1920.

COMMENTI.

Effetti dell'argirina sulla mucosa uretrale.

Sul fascicolo 32 del *Policlinico*, nel resoconto dell'adunanza del 26 marzo 1920 dell'Accademia dei Fisiocritici di Siena, leggo una breve comunicazione del dott. F. Fasani-Volarelli riguardo alle: *Alterazioni istologiche della mucosa uretrale dei cani prodotte da iniezioni di argirina*, secondo la quale nell'uretra di un cane le soluzioni di argirina all'1 % avrebbero determinato *impervietà del lume uretrale, distruzione totale della mucosa, infiammazione estesa allo strato sottomucoso.*

Avendo introdotto nel primo questo nuovo sale d'argento nella terapia della blenorragia uretrale, non posso lasciar passare senza qualche commento questi esperimenti che dimostrerebbero avere l'argirina un'azione oltremodo cautica, che nessuno finora ha osservato.

Non so veramente se la mucosa uretrale di quel cane (uno solo!) avesse una speciale diosincrasia per l'argirina, nè so con quale tecnica le iniezioni furono praticate, cosa di non lieve importanza, che potrebbe spiegare le lesioni osservate senza doverle attribuire al proteinato d'argento; ma posso assicurare il collega che nell'uretra umana, ove l'argirina fu usata in centinaia di casi di uretrite gonococcica acuta e cronica, anteriore e totale, anche in concentrazione al 5 %, mai ebbi ad osservare lesioni dei tessuti che potessero lontanamente somigliare a quelle riferite nell'accennata comunicazione. Dirò anzi che, a parità di condizioni, essa si è dimostrata meglio tollerata e meno irritante di altri proteinati d'argento; tanto che sostituendo, all'insaputa del malato, l'iniezione di argirina, ad esempio, con una soluzione, ad egual titolo, di protargolo, questi notava subito la differenza per un maggior bruciore se il liquido era portato nell'uretra anteriore, e per un tenesmo più o meno intenso se si instillava nell'uretra posteriore.

Aggiungerò ancora che prima di esperimentare il rimedio sui malati, volli provarne gli effetti sull'uretra sana, la mia, e posso garantire che anche le soluzioni al 5 % furono perfettamente tollerate senza che l'integrità della mia uretra avesse minimamente a soffrirne.

Dott. G. PICCARDI
Libero docente di dermosifilopatia
alla Università di Torino.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

I sintomi nervosi nelle infezioni acute.

(T. HORDER, *The Lancet*, 24 luglio 1920).

La malattia può essere definita come una somma di fenomeni risultanti dalla interazione tra l'organismo ed i varî fattori patogenetici. Le infezioni acute sono malattie risultanti dalla interazione tra l'organismo e microbi patogeni, la cui virulenza è capace di provocare rapidi disturbi delle normali funzioni. In molte infezioni acute le funzioni più rapidamente e più evidentemente disturbate sono quelle del sistema nervoso, e questi disturbi si manifestano con sintomi e segni spesso imponenti.

Il meccanismo di produzione di questi fenomeni non è identico i tutti i casi.

Quando un microrganismo patogeno determina una infezione acuta si ha una successione di possibili eventi che sono in rapporto alla sua attività: focolaio di invasione, focolaio di infezione primitivo, uno stato di intossicazione generale, uno stato di infezione generale ed un focolaio di infezione secondario. Solo in poche malattie questi processi si verificano o possono riconoscersi secondo il detto ordine prestabilito. Il caso tipico è quello della infezione *streptococcica*: lo streptococco invade le tonsille, determina un focolaio di infezione (tonsillite), cui segue uno stato tossiemico, e quindi la setticemia e focolai di infezione secondarî (endocardite). In altre infezioni invece non si hanno tutti questi processi. Nella *difterite* di solito si hanno i seguenti fatti: invasione alle fauci, una infezione primitiva alla zona d'invasione, stato d'intossicazione generale. Nella *polmonite* si ha un oscuro focolaio di invasione nel tratto respiratorio, una infezione generale con nessuno o scarso focolaio di infezione, una rapida infezione secondaria del polmone e conseguente intossicazione generale. Nella *meningite cerebro-spinale* si ha invasione del naso-faringe ma senza infezione della parte, invasione del sangue ma senza infezione di esso, una infezione primitiva delle meningi, ed uno stato di intossicazione generale. Nella *poliomielite* pare che il focolaio di invasione sia al naso-faringe, cui segue una invasione del sangue; poi si ha infezione primitiva della sostanza grigia del cervello e del midollo ed una intossicazione generale del tessuto nervoso.

Tenendo presenti queste considerazioni sui varî stadi del processo infettivo si può rite-

nere che i disturbi nervosi sono prodotti dalla *tossiemia*, dalla *infezione delle meningi*, dalla *infezione del tessuto nervoso*.

Nella tossiemia infettiva il tessuto nervoso trovasi sotto l'azione delle tossine derivanti dal focolaio primitivo o secondario, o dalla infezione generale del sangue.

Nelle infezioni delle meningi, siano esse primitive o secondarie, il tessuto nervoso può essere alterato: *a*) dalla tossiemia derivante dalla infezione e dal processo infiammatorio delle meningi; *b*) dalla irritazione o dallo strozzamento delle radici nervose prodotto dalle meningi infiammate; *c*) dall'aumento di pressione del liquido cefalo-rachidiano.

Nelle infezioni dirette del tessuto nervoso i disturbi possono essere prodotti: *a*) da alterazioni dei vasi, trombosi ed emorragie; *b*) infiammazione e degenerazione della sostanza grigia, e specialmente dei nuclei, dipendente da lesioni vascolari; *c*) alterazioni escondarie delle vie nervose.

Nel primo di questi processi (tossico) si tratta di disturbi di natura funzionale, negli altri sono di origine organica.

Il virus di ciascuna infezione acuta specifica tende a mettere in azione tutti e tre i meccanismi di produzione di disturbi nervosi, ma il grado di questa tendenza varia per ciascun virus.

Nella *difterite* e nel *tetano* prevale il meccanismo tossiemico. Allo stesso meccanismo si devono i disturbi nervosi della *pulmonite*, del *tifo*, della *scarlattina* e della *poliartrite acuta*. Nei *morbillo* i disturbi nervosi sono generalmente tossiemici, e di rado, benchè siano frequenti i fenomeni di meningismo, il virus specifico colpisce le meningi ed il tessuto nervoso.

Nella *parotite* talora si ha una infiammazione secondaria dei centri nervosi, ed al riguardo bisogna notare che recenti studi tenderebbero ad identificare il virus di questa malattia con quello della *poliomielite*. Pare che il virus del *colera infantile* abbia affinità analoghe. È ben nota la tendenza del virus *tubercolare* a produrre disturbi nervosi con meccanismo tossiemico, meningitico ed encefalitico. Nella *meningite cerebro-spinale* il meningococco attacca la pia-aracnoide, e ciò dà ragione del meccanismo di produzione della lunga serie di disturbi nervosi, ma non si può escludere che in qualche caso i disturbi nervosi possono ripetere la loro origine dalla tossiemia e anche da localizzazioni infettive nel tessuto nervoso stesso. Nella *poliomielite* e nell'encefalite il meccanismo di produzione dei sintomi è in rapporto ad alterazioni della sostanza grigia. Nella *influenza* i molti sintomi nervosi pare siano dovuti a tossiemia, ma i fenomeni di meningismo sono tutt'altro che rari, ed è nota la tendenza ad identificare il virus influenzale con quello dell'encefalite letargica, affezione nella quale è alterata primitivamente la sostanza grigia dei nuclei della base.

***

I disturbi che più frequentemente occorrono nel corso delle malattie infettive acute sono i seguenti: 1° Alterazioni della fisonomia, dell'attitudine e del carattere; 2° Cefalea; 3° Neuralgie; 4° Vomito; 5° Delirio; 6° Coma e stati analoghi; 7° Ipotonia ed ipertonia muscolare; 8° Paralisi e paresi; 9° Alterazioni dei riflessi; 10° Intolleranza alla luce ed ai suoni; 11° Disturbi degli sfinteri; 12° Sordità; 13° Afasia.

Le *alterazioni della fisonomia, dell'attitudine e del carattere* sono ben note ai medici sperimentati. Talvolta l'aspetto del paziente assume un significato che non può sfuggire. L'atteggiamento del paziente, contorto nello spasimo, del tetano è caratteristico. Il bambino affetto da meningite tubercolare è raggomitolato sotto le coperte, è stizzoso, stringe le labbra ed i denti con monotona persistenza, emette il caratteristico grido.

Non meno rivelatrice è la *facies* apatica del tifoso, che giace inerte sul letto, con le mani tremule, e mormora, ma senza dar segni di dolori. La giovane donna che giace su di un lato, con la faccia arrossata, con la testa piegata indietro e gli arti contratti, che mantiene quest'atteggiamento per ore e ore, fa pensare alla meningite cerebro-spinale. Il paziente con la faccia immobile a mo' di maschera, con gli occhi semi-aperti, come se fosse assopito, fa pensare all'encefalite.

La *cefalea* è il sintomo nervoso più comune delle malattie infettive, ed appunto per questo è il sintomo che ha minor valore diagnostico. Tuttavia esso, quando sia bene apprezzato, può riuscire utile. Al riguardo bisogna considerare della cefalea la localizzazione, la intensità, la persistenza, il sincronismo con altri disturbi nervosi, specialmente con il delirio, il decorso e la resistenza agli agenti terapeutici. Non è dubbio che la cefalea più grave è quella meningitica. Cefalee tossiemiche di notevole intensità sono quelle del tifo e dell'influenza.

Nell'encefalite la cefalea raramente è così intensa come nelle meningiti. Per quel che riguarda la persistenza si può dire che nelle meningiti la cefalea è tanto persistente quanto intensa; nella influenza raramente dura con la stessa intensità oltre il terzo o quarto giorno; nel tifo di solito si attenua con l'inizio dello

stato tifoso. In genere si può dire che negli stati tossici più acuti la cefalea è più intensa al principio della malattia. Per quel che riguarda la localizzazione si ha che nella meningite è prevalentemente occipitale, nella influenza è post-orbitaria o frontale, nel tifo assume spesso il tipo emicranico.

Il sincronismo della cefalea col delirio depone quasi sempre per una malattia organica del cervello. Nelle tossiemie, invece, la cefalea scompare col manifestarsi del delirio. Per quel che riguarda la resistenza ai rimedî, bisogna rilevare che i sedativi calmano le cefalee tossiche, ma non quelle meningitiche.

Le *neuralgie* sono più comuni all'inizio, durante i primi due o tre giorni, della malattia. Si incontrano con frequenza nelle encefaliti, nelle poliomieliti, nella meningite cerebro-spinale, nel tifo, nell'influenza, ecc. Un punto di grande importanza pratica si è che la loro presenza nello stadio iniziale indica di solito una particolare gravità della infezione.

Il *vomito* che si manifesta al principio di una infezione acuta ha uno scarso o nessun significato; è comune nella grande maggioranza dei processi febbrili, benchè più comune in alcuni che in altri, con la cefalea, con il malessere, indice della invasione generale del virus. Il vomito, però, che persiste dopo il primo giorno, o che si manifesta dopo il secondo giorno, deve gar pensare ad un'affezione organica cerebrale, e specialmente alla meningite. Nella influenza e nella difterite, nella quale il vomito persistente o tardivo depone per una neurite del vago, il sintomo è indice di gravità.

Il *delirio* è un fenomeno che deve essere considerato con molta critica. Prima di giudicare del significato del delirio in una infezione conviene fare delle ricerche sui precedenti individuali e familiari del paziente. Come ci sono persone che vanno soggette facilmente alla cefalea ed altre che ne sono immuni, così ve ne sono che hanno particolare tendenza al delirio. Sul significato del sincronismo e rispettivamente sulla alternativa del delirio e della cefalea è stato già fatto cenno. Il periodo della malattia nel quale si sviluppa il delirio costituisce un elemento per la diagnosi. Nel tifo raramente si manifesta prima del decimo giorno, mentre nelle meningiti, anche nei casi non gravi, può comparire al primo giorno; altrettanto avviene nell'encefalite. Nel tifo e nella meningite il delirio non ha un grave significato prognostico, mentre nella polmonite e nell'influenza è indice di gravità. Per quel che riguarda il carattere del delirio c'è da notare che nel tifo non è accompagnato da irrequietezza, mentre nella polmonite e nella meningite è accompagnato da agitazione più o meno grave. Un delirio agitato nel tifo depone per lo sviluppo di una meningite secondaria o per una profusa emorragia intestinale, sempre che non si tratti di un soggetto psicopatico.

Il *coma* e gli stati analoghi devono essere sempre considerati di significato prognostico peggiore del delirio, perchè esso è sempre indice di un'affezione meningea o cerebrale. Il *sonno profondo*, la *letargia*, è il sintomo cardinale dell'encefalite letargica, di cui recentemente si è manifestata una epidemia in tutti i paesi del mondo. Lo *stupore*, che non è nè coma, nè letargia, è molto comune nella meningite cerebro-spinale, e quando è accompagnato da irritabilità e resistenza all'esame da parte del paziente, costituisce un sintomo patognomonico. Uno speciale tipo di stupore è costituito dallo stato chiamato *coma-vigile*, che si ha nei casi gravi di intossicazione, specie nel tifo, e indica un grave grado di astenia.

L'*ipotonia*, o *flaccidità muscolare*, si ha nel tifo, nell'influenza, nella polmonite e generalmente nelle infezioni piogene. Però la manifestazione del meningismo in queste affezioni la fa scomparire. Nell'encefalite l'ipotonia è molto marcata nei primi due o tre giorni, tranne nei casi a tipo meningitico.

Nelle meningiti, invece, si ha *ipertonia*, che si manifesta con la rigidità nucale, la tendenza alla retrazione degli arti, con il sintomo di Kernig e gli altri analoghi che sono patognomonici di queste affezioni.

Le *paralisi* e le *paresi* sono forse i sintomi più dimostrativi della compartecipazione del sistema nervoso nelle infezioni acute. Quando si manifestano fin dal principio sono il sintomo sicuro di alterazioni del sistema nervoso centrale, ossia di encefalite e mielite. Più frequenti e più caratteristiche sono le paralisi e paresi dei muscoli interni ed esterni dell'occhio, che si manifestano con oftalmoplegia, ptosi più o meno completa, diplopia, strabismo. Oltre che l'esame dei movimenti dell'occhio, conviene in ogni caso sospetto fare quello dei muscoli della faccia. I muscoli degli arti possono essere paralizzati totalmente o a gruppi. Nei casi dubbi di encefalo-mielite spesso la diagnosi può farsi in base alla constatata paresi del quadricipite, dell'abduttore dell'indice o dell'eminenza tenare di una mano.

Le *alterazioni dei riflessi* possono costituire un sussidio diagnostico solo quando l'esame ne sia fatto con molta attenzione. Nelle tossiemie, come nel tifo e nella polmonite, possono scomparire. Nella meningite possono essere esagera-

ti, ma possono, specie nella meningite cerebro-spinale, indebolirsi o scomparire quando sopravviene lo stato tossico. Una decisa importanza diagnostica per la compartecipazione del tessuto nervoso centrale i riflessi hanno quando sono disuguali ai due lati o quando la loro intensità varia nel corso della malattia.

L'*intolleranza alla luce ed al suono* non hanno gran valore diagnostico: è in genere un fenomeno legato all'elevatezza della temperatura ed alla cefalea.

I *disturbi degli sfinteri* costituiscono un elemento non trascurabile per la diagnosi differenziale. La ritenzione di orina può essere il primo sintomo della poliomielite acuta. È rara nella meningite cerebro-spinale, a meno che non si tratti di casi fulminanti. È rarissima nell'influenza e nel tifo.

La *sordità* è un sintomo non raro del tifo, può svilupparsi sia al principio che nel corso della malattia; pare che sia dovuta all'azione dell'intossicazione sul nervo acustico. Nella meningite cerebro-spinale di solito non appare presto ed è più una conseguenza della infezione: è dovuta allo strozzamento del nervo da parte dell'essudato plastico ed all'ispessimento delle meningi. Nel tifo, invece, di solito scompare con la defervescenza della febbre. In altre infezioni, quando è presente, è dovuta ad infezione dell'orecchio medio.

L'*afasia* è molto rara nelle infezioni acute, qualche volta si ha nel tifo nello stato tossico.

dr.

CHIRURGIA.

I diverticoli dell'appendice.

(CHAUVIN. *Gazette des Hôpitaux*, 12 febbr. 1920.

Nel corso di un intervento infiammatorio in appendice infiammata o all'autopsia in appendici più o meno sane, si riscontrano delle piccole prominenze, variabili per sede, numero e volume. Se si pratica una sezione, in modo da interessare una di queste prominenze, si rileva, che un diverticolo delle tonache profonde solleva alla sommità gli strati esterni, più o meno alterati, della parete appendicolare. Edel nel 94 vi richiamò per primo l'attenzione. Da allora numerosi osservatori hanno pubblicato altri casi con uno studio accurato macroscopico e microscopico, permettendo di dividere i diverticoli dell'appendice in parecchie varietà, distinte dal punto di vista della patogenesi, delle lesioni e della clinica.

In questa relazione Chauvin studia i diverticoli congeniti, i diverticoli infiammatori per distruzione parietale, i diverticoli infiammatori per ipertensione intraappendicolare e infine i diverticoli acquisiti non infiammatori o diverticoli fisiologici. I diverticoli congeniti sono molto rari: essi sono compatibili con un funzionamento fisiologico perfetto, senza determinare alcun disturbo. Se si infiammano il quadro non differisce dalla comune appendicite. Essi si caratterizzano:

1° per la struttura della loro parete costituita dall'insieme delle tonache intestinali disposte normalmente: mucosa con ghiandole; sottomucosa con *muscolaris mucosae*, strato muscolare circolare e longitudinale, strato sieroso;

2° per la loro sede, in un punto qualunque della parete appendicolare;

3° per il loro silenzio clinico assoluto, che può essere sostituito da segni d'appendicite senza carattere speciale.

Chanoin ne ha riunito tre casi nella letteratura; due riscontrati all'autopsia.

I diverticoli infiammatori per distruzione parietale, conosciuti da tempo; si possono presentare sotto due aspetti anatomici diversi. Talvolta essi non sono provvisti di alcun rivestimento mucoso e sono limitati da un tessuto di granulazione: sono i falsi diverticoli. Altre volte sono tappezzati da una mucosa regolare e continua: sono i diverticoli cicatriziali o per trazione. In tutti i casi un focolaio infiammatorio localizzato si sviluppa sotto la mucosa intatta e distrugge, su uno spazio limitato, la parete muscolare. Nei diverticoli cicatriziali la mucosa è attirata a contatto della sierosa per un lavoro di retrazione cicatriziale attraverso una perdita di sostanze infiammatorie della muscolare. I falsi diverticoli sono rappresentati da piccole cavità ascessuali che si sono aperte nel lume dell'appendice, dando luogo alla distruzione di una porzione di mucosa. Più tardi, elementi epiteliali, prodotti dalla polifevazione della mucosa appendicolare, possono invadere i diverticoli e tappezzare la loro parete con uno strato più o meno continuo. Questo smistamento secondario differisce sempre dalla mucosa intestinale per l'aspetto cubico dei suoi elementi e per l'assenza di ghiandole.

Questi diverticoli infiammatorî della muscolare sono caratterizzati:

1° dalla loro formazione in seguito ad attacchi appendicolari;

2° dalla larghezza della perdita di sostanza; attraverso la parete fanno sporgenza sia la mucosa e la muscolare, sia un semplice strato di cellule cubiche prodotte dalla proliferazione epiteliale;

3° dalla larghezza del colletto;

4° dalla loro sede in un punto qualunque dell'appendice;

5° da lesioni di sclerosi, che presentano il massimo d'intensità sotto la mucosa sporgente, ma diffuse, più o meno olntane nella parete muscolare, caratteristiche della infiammazione causale e del processo di retrazione che ha loro dato origine.

Questa varietà sembra molto frequente: del resto i diverticoli possono essere distesi dalla secrezione mucosa dell'appendice obliterata, e sotto questo punto di vista si avvicinano alle cisti dell'appendice.

La terza varietà è costituita dai casi in cui si ha l'obliterazione dell'appendice e la sua trasformazione cistica. La pressione intraappendicolare accresciuta si esercita sulla mucosa, che agisce sulla muscolare alterata da processi infiammatori, tendendo a sfuggire attraverso questo punto di minore resistenza.

Si costituirono così dei piccoli aneurismi della parete addominale, come dice Lecène, da paragonarsi a vere ernie di forza della mucosa.

Questi diverticoli dell'idro-appendice sono caratterizzati:

1° clinicamente da sintomi che rivelano l'obliterazione appendicolare;

2° anatomicamente da cisti dell'appendice, la quale comincia col diverticolo, entrambi distesi sullo stesso liquido chiaro sotto tensione;

3° per la loro sede in un punto qualsiasi, ma di preferenza nel meso, poichè le fenditure, attraverso le quali penetrano i vasi, creano dei punti deboli della muscolare;

4° per le lesioni della mucosa che, compressa e distesa, può essere scomparsa interamente, sia nell'appendice, sia nel diverticolo;

5° per le dimensioni variabili del colletto diverticolare, secondo la natura delle lesioni parietali che gli hanno aperto la via.

I diverticoli fisiologici sono costituiti da evaporazione della mucosa in corrispondenza delle fenditure vascolari. Numerosi fattori contribuiscono alla loro patogenesi: le alternative di replezione e retrazione dei vasi determinanti una specie di aspirazione; le briglie mesoappendicolari, l'abbondanza del tessuto adiposo, che in rapporto alla mucosa esercita la stessa influenza che nelle ernie addominali in rapporto al peritoneo: in ultimo da ricordare la tensione intraappendicolare.

Le caratteristiche di questi diverticoli sono:

1° clinicamente la loro formazione possibile senza alcuno stato patologico o disturbo appendicolare;

2° la ristrettezza del loro colletto puntiforme, frequentemente circondato da un ispessimento muscolare;

3° la loro sede costante al disopra del bordo aderente all'appendice, fra i due foglietti del meso o nel punto dove i vasi perforano la parete muscolare;

4° la loro sede d'elezione verso la punta dell'organo;

5° la loro struttura, costituita da un'ernia della mucosa; essi non hanno parete muscolare, ma possiedono sembra al disotto delle sierosa una sottomucosa con *muscolaris mucosae* e una mucosa intatta, d'aspetto normale, con il suo epitelio tipico e le sue ghiandole.

I casi sono molto scarsi. È interessante di rilevare che le raccolte inframmentarie di questo diverticolo, ma situato sul margine libero dell'appendice, non potranno aprirsi direttamente sul peritoneo. Essi daranno luogo ad ascessi sottosierosi: la mesoappendicite suppurata è la conseguenza molto speciale di tali diverticoli infiammati.

ALIOTTA.

DERMATOLOGIA.

Sulla fisiopatologia e la patogenesi dell'orticaria.

(Dott. LOUSTE. *Paris médical*, 1920, n. 10).

La frequente coesistenza dell'orticaria con i disturbi gastro-intestinali, l'importanza pratica delle auto-intossicazioni digestive, l'uso dei sieri terapeutici e le eruzioni cutanee orticanti d'origine medicamentosa hanno riportato questa affezione cutanea nella patologia generale e ne diffondono la conoscenza a tutti i medici.

L'orticaria, se va considerata come un semplice sintoma in alcune forme benigne, può in realtà far parte d'una sindrome clinica accompagnata da febbre, disturbi digestivi e nervosi, ed in ogni caso da disturbi fisio-patologici come hanno dimostrato gli studî sull'anafilassi.

I lavori del Richet sull'anafilassi hanno dato nuova luce sulla conoscenza di certe entità morbose e sindromi dermatologiche, quali l'eritema polimorfo e l'orticaria. Attualmente si ritiene che l'orticaria dev'essere considerata come un sintoma cutaneo dell'anafilassi. Non sempre l'anafilassi è accompagnata da orticaria, ma questa sembra essere sempre l'indice di uno *choc* anafilattico, sintoma isolato nelle forme lievi, accompagnato da disturbi generali nervosi digestivi febbrili nei casi più gravi. Bisogna riconoscere tuttavia che vi sono ancora dei punti oscuri in questo concetto patogenetico dell'orticaria.

Nell'etiologia classica dell'orticaria son descritte le cause locali e generali, ma da tutti gli autori era messa in prima linea la predisposizione, detta *idiosincrasia*. A questo ter-

mine, espressione di ignoranza, se si sostituisce il concetto dell'anafilassi, si dà al fenomeno una spiegazione fisio-patologica, e quindi scientifica. Questo concetto d'altra parte completa le ricerche anteriormente fatte.

La patogenesi dell'orticaria restava confusa tra le ricerche isto-patologiche e portava alla ipotesi di un'angio-nevrosi. Török e Vas hanno dimostrato che il liquido essudato nei corpi papillari sotto forte pressione è identico agli essudati flogistici. Nel 1901 Török e Philippson hanno riprodotto sperimentalmente l'orticaria sugli animali, seguendo il concetto che nell'orticaria determinate sostanze irritative introdotte nel sangue esercitano un'azione irritativa sulle pareti vasali nel ponfo. Ed il Darier, quasi precorrendo la dottrina dell'anafilassi, notava in proposito che alcune di queste sostanze possono agire anche se infinitamente diluite nel sangue, forse in relazione a disturbi nervosi od a cause locali.

Le condizioni nelle quali più frequentemente si verifica l'orticaria corrispondono alle varietà note dell'anafilassi.

Le *cause esterne* (le punture di alcuni insetti, come le pulci e i pidocchi; alcuni animali marini, come le meduse e le attinie; le foglie dell'ortica, ecc.) portano nella pelle una sostanza eterogenea che determina il sintoma orticaria. Si tratta di suscettibilità speciale, di tossicità diretta. o di anafilassi?

Si direbbe che ciò sia dovuto ad azione tossica diretta, e non a un vero fenomeno anafilattico, che di regola dovrebbe richiedere un periodo di incubazione prima di determinarsi. Ma non tutti i soggetti sono ugualmente sensibili, e non tutti reagiscono agli stessi stimoli. Inoltre essi possono essere preparati allo *choc* anafilattico a loro insaputa. La sensibilità anafilattica può essere ereditaria. La prima inoculazione della sostanza anafilattizzante può passare inosservata.

La reazione limitata può esser dovuta ad anafilassi locale, come è stato sperimentalmente dimostrato da Arthus e clinicamente nelle iniezioni dei sieri terapeutici.

Inoltre le cause esterne non agiscono sempre e soltanto nella stessa sede della inoculazione, e ciò per la diffusione del veleno anafilattico per le vie sanguigne, e non per via riflessa come un tempo si è ritenuto.

Se l'introduzione di sostanze albuminoidi eterogenee, tossiche o no, può provocare questi fenomeni, gli autori che hanno studiato l'anafilassi e lo stesso Richet hanno dimostrato che fenomeni identici possono essere determinati anche da sostanze non albuminoidee, per es., da cloruro di sodio, formolo, fenolo.

Cause interne. — È per le vie digerenti che per lo più ha origine l'orticaria, sia per l'ingestione di medicamenti, o di speciali alimenti. Si comprende pertanto l'importanza delle dispepsie gastriche ed intestinali, dell'insufficienza epatica, dei parassiti intestinali.

Le medesime sostanze albuminoidee introdotte per le vie digerenti sono nocive per alcuni, indifferenti per altri o soltanto per eccezione nocive. In condizioni normali queste sostanze sono rese inoffensive da profonde trasformazioni chimiche. Esse diventano nocive secondo Richet:

1° Quando l'assorbimento delle sostanze albuminoidee è troppo rapido e quindi esse passano in circolo senza essere state trasformate (per erosioni della mucosa, o per eccesso di sostanze albuminoidee assorbite);

2° Quando per alterazione dei succhi digestivi, la digestione gastrica od intestinale non è normale e quindi l'albumina può essere assorbita senza esser trasformata;

3° Quando per azione non normale dei succhi digestivi si ha produzione di sostanze capaci di determinare lo stato anafilattico;

4° Per l'esistenza nel sangue di certi individui di speciali sostanze *tossogene*, che combinandosi coll'antigene producono l'anafilassi;

5° Assenza di quel certo grado di immunità del sangue che normalmente si produce per il passaggio abituale di piccole quantità di albumina. Per tale assenza si hanno facilmente gli accidenti anafilattici.

I medicamenti agiscono per sè stessi o per disturbi digestivi che preparano e determinano l'orticaria o l'anafilassi in genere.

Nelle *malattie infettive* (reumatismo articolare acuto, difterite, malaria, setticemia) l'orticaria in genere è lieve e di breve durata. Nella malaria è abbastanza frequente e può essere intensa, e può verificarsi durante gli accessi febbrili o fra un accesso e l'altro. Abrami e Senevet hanno dimostrato che nella malaria, pochi minuti prima del brivido, in coincidenza col fenomeno della sporulazione, si liberano nel sangue delle albumine eterogenee, causa di un vero *choc anafilattico*.

Lo studio della batterio-anafilassi, che è stata riprodotta sperimentalmente da Rosenau ed Anderson, apre nuovi orizzonti nella patogenesi dell'orticaria nelle malattie infettive e tossi-infettive.

L'orticaria da *causa tossica* si ha tipica nella cisti da echinococco. È nota l'orticaria da rottura o puntura della cisti; e così l'orticaria sintomatica della cisti idatide si attribuisce a parziali rotture spontanee della cisti che permettono il riassorbimento del liquido. Chauf-

fard ha potuto provocare fenomeni tipici d'anafilassi iniettando sperimentalmente il liquido della cisti idatide.

Nella fisio-patologia degli accidenti anafilattici hanno speciale importanza il *sistema nervoso* ed il *sistema vascolare sanguigno.*

Lo studio delle alterazioni vascolari è stato rivolto a lungo esclusivamente al ponfo: per gli uni si trattava d'una vaso-dilatazione parossistica d'ordine puramente meccanica, per altri di una azione tossica irritativa delle pareti vasali. Nella seconda ipotesi l'orticaria veniva tolta dal quadro classico delle angionevrosi, e se ne faceva un processo flogistico.

La dottrina dell'anafilassi ha portato allo studio delle alterazioni del sistema vascolare. Richet, Lassablière e Widal hanno dimostrato che, oltre l'ipotensione generalmente constatata, si riscontra leucopenia seguita da leucocitosi, alterazioni della coagulabilità del sangue, diminuzione degli ematoblasti in circolo. A questo quadro sintomatico è stato dato il nome di *choc* peptonico o anafilattico, di crisi emoclasica.

Nella genesi dell'orticaria è indiscussa l'importanza dei disturbi umorali sanguigni al lume delle moderne cognizioni scientifiche; ma non per questo si può negare l'azione del sistema nervoso. Richet ed altri autori hanno dimostrato che i sintomi dell'anafilassi si riferiscono essenzialmente ad un'intossicazione acuta del sistema nervoso, che si manifesta dall'ipotensione arteriosa con prurito, urticaria, agli accidenti più gravi: cecità psichica, coma, morte. Il prurito e l'edema delle mucose e della cute corrispondono di solito a forme leggere di anafilassi.

Patogenesi. — L'orticaria, dunque, dev'essere considerata come l'espressione di disturbi anafilattici di solito leggeri. Sembra essere prodotta dall'introduzione per vie diverse nell'organismo di sostanze eterogenee, fra le quali le meglio conosciute sono gli albuminoidi. Sotto l'azione di queste sostanze, che in alcuni casi sono state dimostrate nel siero di sangue e nelle urine, le cellule dell'organismo reagiscono con una speciale intensità, ma tutte relativamente allo stesso modo. Si ha *choc* nervoso più o meno intenso, crisi emoclasica, fenomeni periferici quale il prurito, orticaria, edema delle mucose, accompagnati o no da fenomeni nervosi: dispnea, diarrea, albuminuria, ecc.

Spesso la prima introduzione delle sostanze eterogenee sensibilizzanti passa inosservata. È dimostrato che la carne cruda di cavallo sensibilizza e prepara la manifestazione di accidenti anafilattici alla prima iniezione di siero.

Quanto al meccanismo determinante i fenomeni anafilattici vi sono la teoria chimica di Richet, la teoria biologica, la teoria fisica di Besredka ed altri. Secondo l'A., la teoria chimica e la fisica possono conciliarsi nel senso che la *tossogenina* di Richet agirebbe determinando la scissione o le speciali modificazioni dei complessi colloidali del siero.

I nuovi concetti patogenetici dell'orticaria portano un nuovo indirizzo nella terapia di questa dermatosi, giacchè alla cura profilattica e sintomatica fanno aggiungere un trattamento patogenetico.

Questo, riferendosi alla predisposizione o idiosincrasia, tende a modificare lo stato umorale dell'organismo od anche le condizioni dell'apparato gastro-enterico. Per queste ultime, p. es., è necessario il riposo delle funzioni digerenti, la dieta idrica, la cura della dispepsia gastrica od intestinale; ma si deve fare di più.

L'anafilassi e l'immunità non pare che abbiano una patogenesi differente: Richet pensa che l'anafilassi spesso celi l'immunità e che ne rappresenti forse il primo stadio. I lavori di Besredka concordano con questo concetto: i fenomeni da siero, talvolta molto gravi nelle iniezioni intrarachidee dei sieri terapeutici, possono essere evitati previa iniezione di dosi minime di siero per via sottocutanea, endovenosa o rettale. Con lo stesso metodo si riesce ad immunizzare contro l'anafilassi alimentare e medicamentosa.

I nuovi concetti sulla patogenesi dell'orticaria portano dunque logicamente ad una terapia nuova e più razionale.

P. SABELLA.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Lombarda di Scienze mediche e biologiche in Milano.

Seduta del 28 maggio 1920.

Presidenza del professor DEVOTO.

Della sierodiagnosi nella dissenteria bacillare.

C. VALLARDI. — Dal complesso delle sue ricerche l'O. non può attribuire valore pratico alla sieroagglutinazione per la diagnosi di natura di una forma dissenterica, sia perchè le agglutinine compaiono di solito parecchi giorni dopo l'inizio della dissenteria, quando l'esame colturale dovrebbe già aver identificato il germe, sia perchè esse possono far difetto o mancare del tutto, sia pure temporaneamente, in una forma tipica di dissenteria bacillare. La sieroreazione dovrà essere eseguita con numerosi stipiti di bb. dissenterici e su campioni di sieri prelevati ripetutamente con intervalli di pochi giorni qualora le prime reazioni fossero negative. Nei convalescenti di d. b. le agglutinine possono persistere nel siero per alcuni mesi; in via ordinaria esse si trovano ancora 1-2 mesi dopo l'attacco dissenterico. In moltissimi sieri esaminati, appartenenti a soldati di Macedonia (dissenterici in atto, convalescenti, vecchi enteropatici), si trovarono anche agglutinine secondarie per i bb. del gruppo tifoparatifi, raramente attribuibili solo alle vaccinazioni antitifiche profilattiche.

Del morbo di Gaucher

C. L. RUSCA. — L'O. descrive con ampia documentazione di preparati istologici un caso personale, riguardante un bambino di 11 mesi, venuto a morte nella Clinica Pediatrica di Milano: in esso egli ha potuto dimostrare la presenza della caratteristica cellula gaucheriana oltrechè nella milza, nelle linfoglandule e nel midollo sseo, anche nel timo e nei follicoli solitari dell'intestino. Questi reperti affatto nuovi portano una ulteriore conferma alla sistematizzazione della forma morbosa, la quale, se ha nella splenomegalia il sintomo clinico più appariscente, deve considerarsi oramai come una malattia di tutto l'apparato emolinfopojetico.

Midriatici e miotici nella cura del cherato-ipopion.

L. MONESI. — Negli occhi di individui non giovani affetti da cherato-ipopion, nel periodo di sviluppo del processo morboso, esiste spesso un certo grado di ipertensione oculare o la lisposizione a prodursi se si instillano midriatici. L'ipertensione è un elemento sfavorevole alla guarigione del cherato-ipopion, perchè diminuisce la resistenza della cornea. Quindi l'atropina ed i midriatici in generale sono sconsigliabili durante questo periodo. I miotici sono pure da sconsigliarsi perchè aumentano il numero e l'entità delle sinechie pupillari dell'iride e quindi i postumi gravi. Nel periodo di regressione del processo infiammatorio, quando l'ulcera si è arrestata e comincia a detergersi e l'ipopion accenna a scomparire, se prima esisteva aumento di tensione oculare, questa tende a farsi normale ed i midriatici in generale non hanno più il potere di aumentarla o l'aumentano meno facilmente. In questo secondo periodo è quindi consigliabile l'uso dei midriatici, perchè servono a decongestionare l'iride e a diminuire il numero e la gravità delle aderenze posteriori.

Sopra trenta casi operati per litiasi biliare.

B. ROSSI. — Riguarda l'esperienza personale dell'O. sull'argomento. In quattro casi venne praticata la colecistotomia, in quindici la colecistectomia, in undici la colecistectomia venne associata al drenaggio delle vie biliari profonde. L'O. espone le ragioni che lo hanno guidato nell'applicazione dei differenti metodi curativi.

L. PRETI.

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 25 giugno 1920.

Sopra i disturbi sensitivi e motori della mano nelle lesioni della zona rolandica consecutive a ferite d'arma da fuoco.

SALA G. — L'O. riferisce una serie di casi interessanti di postumi di antica data di ferite d'arma da fuoco alle regioni parietali con lesione limitata della zona rolandica. Trattasi di peculiari disturbi sensitivi e motori della mano localizzati alla metà cubitale o alla metà radiale, i quali rappresentano i soli reliquati di un *deficit* nervoso importante.

L'O. a proposito delle sue osservazioni, si intrattiene tra l'altro in modo particolare sulla somiglianza tra la topografia periferica corrispondente ai centri corticali e quella che corrisponde ai nervi periferici e discute sul rapporto di vicinanza che sembra esistere fra i territori corticali motori di una certa regione ed i territori sensitivi della stessa regione.

L'O. presenta numerosi schemi e fotografie.

Osservazioni e considerazioni sulla cosiddetta encefalite letargica con particolare riguardo ad alcuni postumi.

GASBARRINI A. e SALA G. — Gli OO. continuando le loro osservazioni cliniche sulla così detta encefalite letargica, si occupano in questa seconda nota in modo speciale di alcuni postumi di indubbia natura funzionale, come pure di alcuni disturbi psichici. Si intrattengono poi particolarmente circa lo stato di profonda sonnolenza diurna, contrastante con uno stato d'insonnia e notevole irrequietezza notturna, riscontrata in alcuni casi, in cui detto quadro sintomatologico dura da parecchi mesi.

Un caso di polmonite con sindrome encefalitica a tipo mioclonico.

BINDA P. — L'O. comunica un caso di polmonite con sintomi di encefalite (sonnolenza, discinesie

dei muscoli oculari, clonie degli addominali, del pettorale, dei cremasterici, ecc.).

Ciò che caratterizza il caso è l'evidente parallelismo delle manifestazioni encefalitiche con quelle della polmonite, essendo le prime insorte con l'insediarsi del processo pneumonico e scomparse subito dopo la risoluzione dello stesso.

L'O. ne trae argomento per ammettere che si sia trattato di un processo morboso unico con manifestazioni varie, settico o tossicoemiche, a carico di diversi organi. Senza discutere le tesi opposte della identità o non del virus encefalitico con quello dell'influenza, l'O. ritiene che entrambe le ipotesi, quella di un processo influenzale con localizzazioni o risentimento tossico del sistema nervoso, e quella di una infezione a tipo encefalitico con localizzazioni extra-nervose, possono spiegare il complesso quadro clinico. Non si ritiene però autorizzato, allo stato attuale delle nostre conoscenze e dato l'esito negativo delle ricerche eseguite, a propendere per l'una piuttosto che per l'altra.

Ricerche sperimentali sull'ittero locale.

SORMANI C. — L'O. riferisce i risultati ottenuti operando su cani ai quali era stato inoculato sangue nel cellulare sottocutaneo o in peritoneo, operati parte con fistola biliare parte con fistola di Eck.

Confrontando i dati osservati nei varii periodi tra i cani non operati di fistola di Eck e quelli operati di anastomosi termino-laterale della vena porta colla vena cava, con consecutiva chiusura dell'arteria epatica fatta a varii periodi nei diversi cani, ritiene che si debba escludere la possibilità di una biligenesi locale e che le manifestazioni locali e generali osservate siano dovute alla trasformazione in bilirubina dell'emoglobina introdotta per opera del fegato (pleiocromia biliare, urobilinuria, coluria), poichè tali manifestazioni non si osservano, cessano o regrediscono colla esclusione del circolo epatico (fistola di Eck e legatura dell'arteria epatica).

Sulla patogenesi dell'ittero emolitico.

SORMANI C. — In seguito a iniezioni ripetute di emoglobina, l'O. dice di aver provocato in cani, oltre i fenomeni generali dell'ittero emolitico, alterazioni nel fegato a carico delle più fini vie biliari, le quali si mostrano dilatate a tratti e in alcuni punti circondate da bile fuoriuscita. Non avendo osservato alterazioni a carico del parenchima e dei vasi epatici, nè fagocitosi nelle cellule di Kuffer, l'O. ritiene ciò dovuto al fatto che egli non iniettò sostanze che distrussero i globuli rossi nel circolo dell'animale.

Per questi fatti sostiene che anche nell'ittero emolitico il fattore stasi ha una parte notevole per il passaggio in circolo della bile e fa rilevare ancora come il tessuto splenico del fegato non avendo preso parte attiva non può essere considerato come elemento indispensabile per la biligenesi.

A. GASBARRINI.

Società Medica di Modena.

Seduta del 18 giugno 1920.

Contributo allo studio della tossicologia del tellurio.

LUZZATO e LEVI ANGELA. — Le ricerche eseguite dall'O. hanno dimostrato che, in accordo con quanto era stato precedentemente sostenuto da R. Luzzatto, il tellurito sodico è uno dei più potenti veleni emolitici. Le lesioni microscopiche degli organi, in seguito ad avvelenamento per telluriti, sono secondarie all'anemia intensa che si manifesta negli animali, all'emoglobinuria, ecc. Ma lesioni organiche profonde non si riscontrano.

Nell'avvelenamento per telluriti l'O. non arrivò a mettere in evidenza nè urobilina nè urobilinogeno nelle urine, segno che il fegato funziona bene. Con ciò sta in armonia il reperto istologico che mette in evidenza ben scarse lesioni in quest'organo. L'O. richiama pure l'attenzione sull'assenza dell'itterizia nell'avvelenamento da telluriti.

SIMONINI. — Domanda se abbia fatto ricerche sulle condizioni fisiopatologiche eventuali della milza, la quale in alcune anemie sperimentali, secondo Snapper, avrebbe dimostrato di partecipare al processo ed alla formazione dell'ittero.

Il prof. Luzzato, per la Levi, dice di non aver compiuto simili indagini.

Dei reperti batterioscopici nel penfigo cronico.

Dott. E. VALLISNIERI (aiuto di Clinica dermopatica). — L'O. ritrova sul cadavere di una penfigora il germe descritto dal Radaelli nel penfigo cronico, confermato dal Papini, dal Ciappelli, dal Tommasi: identifica tale microorganismo per una varietà di *Proteus vulgaris* di Hauser. Ripetendo le ricerche batteriologiche sopra una serie di cadaveri venuti all'autopsia in seguito ad affezioni diverse dal penfigo, ottiene in cultura pura da uno di questi, che presentava piaghe da decubito, lo stesso *Proteus*.

Prospettando l'eziologia di questo germe nel penfigo cronico, ne pone in dubbio il valore, dopo aver dimostrata la non rispondenza del micoorganismo ai postulati di Koch. Controlla le esperienze sugli animali e le ricerche immunitarie, riportando le prime alla teoria tossico-infettiva del *Proteus*, confermando la incostanza, la scarsezza e la mancanza delle seconde, che se presenti dànno soltanto reazioni atipiche e non di gruppo, così come è appannaggio del *Proteus vulgaris*.

Contributo allo studio degli emoconi nel sangue di neonati.

Dott. F. ZIBORDI (aiuto di Clinica pediatrica). — Con l'uso dell'ultramicroscopio sono visibili nel sangue a fresco, dei corpiccioli mobili, splendenti detti emoconi, o polvere sanguigna, già ricercati e studiati da molti autori in svariate condizioni o malattie.

L'O. si è prefisso lo studio dei neonati — anche sperimentalmente nei conigli giovanissimi — quando cioè gli elementi morfologici del sangue hanno grande integrità e vitalità. Ne osservò così, assieme a miriadi extraglobulari, nei primi 8-10 gior-

ni di vita, degli elementi intraglobulari in taluni globuli rossi.

Crede che la loro natura, pur essendo prevalentemente grassa, non possa neppure in quest'età, pensarsi unicamente tale, oltre che per le differenti colorazioni che assumono alle colorazioni vitali, anche per i loro differenti caratteri morfologici di rinfrangenza e di dimensioni.

Sopra le sinfisi pleuriche nell'infanzia.

Dott. M. BERGAMINI (assistente della Clinica pediatrica). — L'O. tratta diffusamente, in comunicazione preventiva, della gravità e della frequenza della sinfisi pleurica nell'infanzia. Sul reperto anatomo-patologico di 20 casi e sopra l'esame clinico di 8 osservazioni, riconosce l'alto valore che la radiologia e le sistematiche misurazioni del torace possono apportare alla diagnosi di questa malattia, di cui, infine, discute i varii mezzi e metodi di cura finora proposti.

Prendono la parola Silvestri, Biancheri e Simonini, questi per rispondere agli altri che le differenze che si riscontrano nella sintomatologia ed all'esame clinico dei bambini affetti da sinfisi sono quelli in rapporto ad una maggior frequenza della malattia, alle speciali condizioni dell'età stessa, del torace e dell'apparato respiratorio e circolatorio.

Sopra alcuni casi di paralisi post-difteriche.

Dott. ALMA SACCHETTO (assistente alla Clinica pediatrica). — Espone i casi osservati nella Clinica pediatrica di Modena, illustrandoli dal lato clinico ed anche anatomo-patologico per quelli che ebbero esito letale. Termina ricordando come in un caso la guarigione seguì rapida a fenomeni anafilattici imponenti, seguiti ad un'ultima iniezione di siero, fatta a distanza di 15 giorni dalla precedente, e dice che tale esito non corrisponderebbe con quanto generalmente si ammette in simili circostanze.

Contributo allo studio dell'encefalocele congenito.

Prof. R. SIMONINI (direttore della Clinica pediatrica). — Esposte le diverse forme che di questa anomalia di sviluppo si osservano nell'infanzia, e discusso il meccanismo di formazione e la patogenesi, l'O. espone i casi caduti sotto la sua osservazione, riportandone fotografie, radiografie, ed il reperto anatomo-patologico. Dimostra che in un suo caso trattavasi di meningocele semplice, di cui molti negavano l'esistenza. Tratta infine dei varii metodi di cura proposti, e degli esiti ottenuti dai diversi chirurghi.

Prende la parola il prof. Rizzatti, per ringraziare l'O. per aver ricordata anche la sua teoria in proposito, teoria che si promette di poter corroborare con nuove osservazioni e studi.

Un trattato di pediatria.

Prof. R. SIMONINI (direttore della Clinica pediatrica e docente di Storia della Medicina). — Nella nostra Biblioteca Estense, trovasi un rarissimo libro «Isaac Medicina», nel quale, fra gli altri si comprende il «Libellus de aegrotudinibus infantium» del dott. Paolo Bagellardo da Fiume, docente di Medicina nell'Università di Padova fino dal 1488. Il trattato comprende 22 capitoli, sopra le prime cure del neonato, sopra l'allattamento e anche su molte forme morbose del bambino; ed è prezioso non tanto per sè stesso, quanto per la conoscenza che sulle malattie dei bambini e relative cure avevano gli scrittori precedenti e cioè i medici della scuola araba sopratutto.

R. SIMONCINI.

Società fra i Cultori di Scienze mediche e naturali in Cagliari.

Seduta del 25 maggio 1920

Presidenza A. PEPERE.

Polioencefalite epidemica (mesoencefalite letargica) ed encefalite influenzale

(con dimostrazione di preparati).

A. PEPERE. — Su la base di osservazioni proprie l'O. confronta i reperti anatomopatologici e istologici della polioencefalite epidemica con le varie forme encefalitiche e meningo-encefalitiche che ricorrono più o meno di frequente, col diverso genio epidemico, nell'influenza (encefaliti emorragiche, essudative, ecc.) per rilevarne le sostanziali diversità di localizzazione e di struttura e natura delle alterazioni: ed astraendo da criterii epidemiologici (i cui risultati vanno ancora meglio vagliati e da criteri batteriologici (affatto immaturi), risale ai quadri anatomo-clinici complessivi e alle sindromi nervose che s'accompagnano nelle due infezioni e sui dati di fatto anatomici dimostrati esprime il suo convincimento che la polioencefalite epidemica è forma morbosa caratterizzata da un processo flogistico particolare, a sede specifica (sostanza grigia: encefalite parenchimatosa) provocata da un virus con chiara e costante elettività per quella sede stessa (sul tipo forse di quello della poliomielite anteriore epid.) e in alcun rapporto causale con l'infezione influenzale, le cui frequenti localizzazioni, di solito secondarie, nel sistema nervoso centrale rispondono a caratteri localistici e anatomopatologici affatto diversi da quelli che sono costanti e immancabili della polioencefalite epidemica (processi essudativi, produttivi, emorragici, perivascolari, venosi; processi degenerativo-necrotici cellulari).

BOERI. G. — Rileva che sull'argomento vi è tuttora in clinica molta incertezza. Durante l'ultima epidemia influenzale si sono segnalati casi numerosi e diversi che si sono collegati con tale epidemia: tali i casi di polineurite, di poliomielite anteriore acuta, di paralisi bulbare acuta o mesencefalite, tutti casi che possono riferirsi ad un'affezione del neurone motore spinale: talora la sintomatologia (spasmi, contratture, forme coreiche, ecc.), ha indiziato il neurone motore cerebrale ricordando la polioencefalite di Strümpell. L'O. ritiene che le osservazioni di Pepere sulla encefalite letargica possano contribuire all'unificazione anatomica di questo capitolo, perciò egli rileva che nell'encefalite letargica le alterazioni anatomiche hanno caratteri più flogistici che tos-

sici, che la localizzazione di tali lesioni è sistematica, che le lesioni stesse ricordano la poliomielite anteriore acuta e, che talora addirittura la lesione si estendeva alle corna grigie del midollo spinale alto. Sembra all'O. che le varie forme di affezioni sopra ricordate possano appunto raggrupparsi intorno alla poliomielite anteriore acuta, la quale, nei bambini sopratutto, può estendersi talora ai nervi (neuroniti), più spesso al bulbo o al mesencefalo o talora anche alla corteccia cerebrale, e il ravvicinamento è tanto più giustificato in quanto che sembra che tra la poliomielite anteriore acuta dei bambini e quella degli adulti non vi sia differenza. Si tratterebbe quindi anche qui di un'affezione acuta, infettiva, sistematica che attacca in varia estensione a seconda dei casi, la via cortico-spinale motoria. Questo concetto che porterebbe ad un riordinamento anatomico dell'argomento sarebbe illustrato dalle ricerche di Pepere. Più difficile riesce stabilire anche una unificazione etiologica di questo capitolo, a meno che si volesse pensare al virus della poliomielite anteriore acuta (dei bambini e degli adulti) anche per questi casi.

GALDI F. — Il presentarsi dell'encefalite epidemica con note sempre più evidenti di una malattia sistematizzata è una prova di molto valore per una distinzione. L'influenza infatti è sempre caratterizzata, in tutte le sue manifestazioni, da un notevole polimorfismo, ed anche quando si tratta di localizzazioni nel sistema nervoso, si assiste alle più diverse sintomatologie che vanno dalla nevrite alla radicolite, dalla mielite o meningomielite all'encefalite e specialmente alla meningoencefalite, senza dire che per la stessa compromissione encefalica i focolai sogliono essere variabilissimi e danno luogo a fenomeni ugualmente svariati e mutevoli.

Nell'encefalite epidemica, invece, come accennava anche il Boeri, l'infezione predilige il neurone motorio superiore, e dimostra quindi una maggiore analogia con la malattia di Heine-Medin.

C'incontriamo così nell'una forma e nell'altra con fenomenologia sistematizzata a carico del neurone superiore e nel complesso della sostanza grigia encefalica: ondè le lesioni anatomiche riscontrate da Pepere concordano con alcuni rilievi di indole clinica e possono indirizzare l'indagine discriminatrice anche nei riguardi dell'etiologia, che rimane ancora *sub judice*.

PEPERE A. — I già descritti caratteri anatomici, varii per ubicazione e per natura, dei processi encefalitici influenzali spiegano facilmente la grande diversità delle sindromi nervose che si verificano nell'influenza, di fronte a quelli sistematici che accompagnano la polioencefalite epidemica il cui carattere peculiare, come osservano Boeri e Galdi, è quello di colpire il neurone motorio centrale, e può aggiungersi, in linea subordinata, anche quello periferico per localizzazioni spinali. Dal che risultano in realtà analogie con la poliomielite acuta anteriore e rispettivamente con l'analoga polioencefalite acuta (Strümpell) già prospettate da qualche ricercatore, ma oppugnate da altri: però anche in presenza di quadri anatomo-clinici molto somiglianti, non può ancora parlarsi di una unificazione di queste forme di fronte a quelle influenzali: la distinzione con queste, secondo l'O., va mantenuta già fin d'ora netta e precisa, ma per eventuali altri più intimi raggruppamenti occorrerà raggiungere più solide conoscenze etiologiche.

Sulla derivazione delle piastrine.

PERRONCITO A. — L'O., depiastrinando per quanto è possibile il sangue di animali normali e di animali smilzati e praticando successivamente iniezioni di pirodina ha constatato che in siffatte condizioni non si produce più la piastrinosi.

Le cellule giganti del midollo in siffatte condizioni non presentano che in via assolutamente eccezionale figure simili a quelle descritte da Wright e dagli altri osservatori che hanno sostenuto la sua dottrina. Questi risultati includono un argomento d valore fondamentale contro la dottrina dell'origine delle piastrine, da elementi della milza, e del midollo osseo in genere e delle cellule giganti in specie, almeno per quanto riguarda le piastrinosi alle quali si riferiscono i principali reperti su cui poggia la dottrina di Wright.

Sugli effetti immediati e tardivi dei gas asfissianti e loro importanza nella medicina sociale, forense e militare (con dimostrazione di preparati istologici).

BUSINCO A. — 1° I quadri tossicologici sperimentali danno aspetti sovrapponibili a quelli provocati nell'uomo dai «gas di guerra». 2° Con l'esame istologico essi possono con sicurezza ascriversi all'azione di emanazioni velenose irrespirabili e possono differenziarsi dalle alterazioni prodotte da processi acuti bronco-polmonari. 3° Col semplice reperto istologico difficilmente si arriva all'individuazione dell'agente tossico; ma, dal punto di vista fisiopatologico, le sostanze su cui ha fermato l'attenzione possono distinguersi in diversi gruppi: *a*) gruppo di veleni ad azione emolitica-edematizzante (Acido cianidrico); *b*) gruppo ad azione congestiva edematizzante (Cloro-Bromo); *c*) gruppo ad azione congestiva-desquamativa-essudativa (Fosgene, Cloropicrina, Acroleina); *d*) gruppo ad azione più lenta, enfisematogena (Cloruro di cromile, Oleum). Con questa classazione intende stabilire dei caratteri fondamentali e non linee divisorie assolute, giacchè è convinto che modificando le diluizioni, il tempo di esposizione, ecc., possa il carattere ordinariamente più pronunciato essere confuso o mascherato da impronte più appariscenti.

Su la guida di preparati istologici dimostra tipi di lesioni viscerali acute e tardive prodotte dai gas.

I.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

SEMEIOTICA.

La cutireazione nella sifilide.

Analogamente alla cutireazione di Pirquet, nella tubercolosi, Noguchi, pratica la cutireazione nella sifilide con la luetina.

Questa si prepara da una coltura in anaerobiosi di spirochete: col raschiamento di un'ulcera sifilitica o di un testicolo di coniglio, inoculato con sifilide, si insemenza o l'agar-ascite, oppure un pezzo di placenta o di rene di coniglio, che si copre poi con agar liquido o con olio di vaselina. Il frammento di tessuto o di terreno di coltura, su cui dopo un certo tempo, si sviluppano le colonie, si mette in un recipiente con parecchi pezzi di porcellana e si agita per diverse ore: dopo di che alla miscela spessa che ne risulta si aggiunge una certa quantità di terreno di coltura liquido, per ottenere una emulsione limpida, che si tiene a bagnomaria a 60° per trenta minuti, aggiungendo poi 0.5 % di tricresolo.

La luetina preparata da Noguchi è polivalente, provenendo da un miscuglio di diversi ceppi di spirochete. Va conservata in frigorifero ed è di una preparazione molto delicata.

Si pratica l'intradermoreazione (dopo aver diluito l'emulsione, con parti eguali di soluzione fisiologica) usando cmc. 0,07 (nel bambino 0,05): si forma subito una piccola papula biancastra, grande quanto una lenticchia, che spicca sul resto della pelle. Provoca scarso bruciore, talvolta leggero elevamento di temperatura (fino a 38°) e lieve cefalea.

Reazione negativa — Lieve eritema al punto di iniezione, che compare entro 24 ore e scompare dopo 48: talvolta si ha una piccola papula saliente, dura, circondata da zona eritematosa: è dovuta ad irritazione banale, scompare sul quinto giorno, lasciando tutt'al più una leggera pigmentazione.

Reazione positiva. — a) *Forma papulosa.* — Dopo 48 ore compare una papula saliente, rossa, dura, circondata da diffusa zona eritematosa: essa aumenta lentamente per 2-3 giorni, diventando di colore azzurrognolo o nerastro. Scompare in un termine di tempo variabile da 5-6 giorni a 2-3 settimane. Fra la reazione francamente positiva e la negativa vi sono molte forme dubbie, di passaggio.

b) *Forme pustolose.* — Segue di solito la papula indurata, che si ricopre di piccole vescicole, e si rammollisce nella parte centrale, formando una piccola pustola, a contenuto, dapprima semi-opaco, poi purulento. La pustola poi si può aprire o non, od infettarsi secondariamente: ne risulta una pigmentazione od una cicatrice.

c) *Forma torpida.* — Il punto d'iniezione si scolora rapidamente, lasciando credere a reazione negativa, invece 2-3 settimane dopo si sviluppa la forma papulosa o pustolosa. È piuttosto rara ed è forse connessa con le differenti luetine usate, o col modo con cui sono state conservate.

Significato. — Nella sifilide *primaria*, la cutireazione è positiva nel 33 %: in tal caso la reazione di Wassermann, sebbene non tanto precoce, dà una maggior percentuale di risultati positivi. Nella sifilide *secondaria* il numero delle cutireazioni positive arriva al 47 %, quelle negative si osservano particolarmente negli individui non sottoposti a trattamento. Assai utile è la cutireazione nella sifilide terziaria (79 % positiva) e specialmente nelle forme antiche e latenti in cui la reazione di Wassermann è spesso negativa; la stessa osservazione può farsi per l'eredosifilide. Nella sifilide *nervosa* (60 % di risultati positivi) e specialmente nelle forme meningee fornisce indicazioni meno sicure che la Wassermann; nelle forme viscerali avrebbe invece gran valore secondo Noguchi; l'asserzione è però contraddetta da altri.

Si deve in complesso ritenere che la cutireazione alla luetina ci dà il mezzo di scoprire una infezione sifilitica cronica o latente (R. Dargallo: *Revista española de med. y cirugia*, gennaio 1920): come tale non può paragonarsi alla reazione di Wassermann.

La sua assenza, in casi di sifilide cronica, con Wassermann positiva, indica una prognosi sfavorevole. *fil.*

CASISTICA E TERAPIA.

Fenomeni consecutivi all'anestesia lombare.

In seguito all'anestesia lombare i malati possono talvolta: *a*) non perdere del tutto la sensibilità dolorifica; *b*) essi possono presentare, di rado immediatamente, di solito dopo un certo periodo di latenza, dei sintomi di irritazione meningea, in ispecie un'intensa cefalea che li obbliga a letto per quasi otto giorni. Molto spesso i malati, nei quali l'anestesia non riesce completa, presentano in seguito i sintomi meningei caratteristici. M. Baruch (*Berlin. Klin. Wochens.*, n. 13, 1920) attribuisce tanto l'uno che l'altro fenomeno alla fuoriuscita del liquor attraverso al foro praticato nella dura e all'assorbimento di esso nel ca-

nale d'infissione praticato dall'ago. Questa fuoriuscita e questo assorbimento del liquor perdura per molto tempo dopo che il foro cutaneo è stato occluso. In tal modo il liquido anestetico abbandona il canale lombare e l'anestesia non è più completa.

In seguito, la fuoriuscita continua del liquor, assorbito dalle pareti del tragitto, provoca la comparsa dei sintomi meningei. Per questa stessa ragione, questi sintomi compaiono spesso anche in seguito ad una semplice puntura lombare. La prova di ciò è data da varie considerazioni: 1° Negli individui i quali presentano in seguito ad una puntura lombare dei fenomeni meningei, una seconda puntura rivela una pressione molto bassa del liquor. 2° Se si inietta nel canale lombare del carminio d'indaco, e si ottura l'ago lasciato in posto con un mandrino, la sostanza colorante non viene naturalmente assorbita e non passa quindi nelle urine; se poi si estrae il mandrino, e si occlude il foro cutaneo, l'urina dopo 8 minuti contiene la sostanza colorante.

L'uscita del liquor si protrae probabilmente fino a che la ferita prodotta dall'ago alla dura non si è occlusa. Per evitare le complicazioni della puntura lombare e dell'anestesia spinale è dunque necessario: 1° Usare degli aghi possibilmente sottili. 2° Mettere poi i malati in posizione orizzontale, meglio ancora col bacino un po' sollevato. 3° Attivare la secrezione del liquor.

L'A. pensa che estraendo una certa quantità di liquor qualche tempo dopo d'aver iniettato della sostanza colorante nel canale lombare (dopo l'iniezione si lascia a posto l'ago occludendolo con un mandrino) si possa, dall'intensità di colorazione del liquor estratto, trarre delle conclusioni sulla quantità assoluta di liquido cefalo-rachidiano esistente, e forse anche sulle condizioni di secrezione e di assorbimento del liquor.

POLLITZER.

Le coliche post-operatorie.

Tutti i chirurgi che hanno praticato interventi sull'addome, conoscono le sofferenze che tormentano per uno o due giorni dopo l'operazione i malati e che non cessano se non dopo l'emissione dei gas intestinali. Questi spasmi dolorosi iniziano ventiquattro, quarantotto ore dopo l'atto operativo e durano, in genere, qualche ora.

La loro esistenza è quasi costante: talora i gas intestinali fuoriescono senza dar luogo a disturbi, ma spesso, ciò non avviene senza intensi fenomeni dolorosi, magari accompagnati da modificazioni apprezzabili dello stato generale (polso frequente, nausea, vomito, faccia angosciata).

Schwartz (*Paris médical*, n. 47, pag. 412) crede di aver trovato il mezzo per affrettare la partenza dei gas e di sopprimere completamente quella che egli chiama la «giornata dei gas» degli operati. Tale mezzo, consiste nell'applicazione di una larga vescica di ghiaccio sull'addome.

L'A. in appoggio descrive quattro casi (due operazioni di appendicite — una di ernia ombelicale — una isterectomia) nei quali il ghiaccio applicato sull'addome soppresse rapidamente i dolori già iniziati.

Schwartz, consiglia quindi di togliere, l'indomani dell'operazione, la fasciatura, lasciando solo una semplice compressa sulla sutura, stendere sull'addome un solo strato di garza sterile, poi uno strato di *taffetas chiffon* e applicare una larga vescica di ghiaccio ricoprente tutto il ventre, rinnovando il ghiaccio per ventiquattro ore.

Come agisce questa vescica? Dopo ogni atto operativo sull'addome, vi è una fase di paralisi intestinale, di *silenzio assoluto*, poi sopravviene la fase di contrazioni spasmodiche che durano fino all'emissione dei primi gas e talora si prolungano più o meno lungamente. È probabile che il ghiaccio sopprima lo spasmo lasciando sussistere i movimenti peristaltici ed in conseguenza la migrazione e la fuoriuscita dei gas.

MONTELEONE.

I danni della purgagione pre-operatoria.

La purgagione oleosa (Gosset e Mestrezat: *C. R. Soc. de Biologie*, 17 aprile 1920) provoca: *a*) Oliguria pronunciata, con riduzione del 30-70 % del volume totale delle urine; *b*) Diminuzione notevole dei materiali escreti; *c*) Uno sbilancio dell'azoto urinario, caratterizzato da diminuzione dell'azoto ureico, ed aumento del *non-dosato* azotato (azoto totale, meno quello ureico, ammoniacale e purinico).

Ne segue che, somministrando prima dell'operazione un purgante oleoso, il rene è parzialmente chiuso, al momento in cui l'organismo subisce l'azione del cloroformio e dell'etere, e vi è quindi una mobilizzazione anormale dei prodotti azotati mal definiti, che hanno tasso elevato nell'azotomia grave e grande importanza nello shock. Il purgante oleoso crea quindi negli operandi, uno stato di minore resistenza che può condurli vicini allo shock. *r. s.*

Dopo l'osteosintesi.

A. Curcio (*La Pediatria*, anno XXVIII, n. 9, riproduce alcuni casi molto importanti di osteosintesi dai quali, con esami radiografici fatti molti anni dopo l'intervento, rileva la buona riuscita della sutura metallica. Ma da tale oc-

casione l'A. trae argomento per insistere sulla teoria funzionale, facendo rilevare che, a parte l'intervento operatorio, è indispensabile, nella cura post-operativa, ripristinare la funzione normale dell'arto, dalla quale soltanto possono derivare la forma e la struttura normale dell'osso leso. Ciò in contraddizione di quanto ancora oggi sostengono molti, che cioè la guarigione anatomica soltanto può dare la funzione normale.

È la scuola di Wolff che, con sicuro convincimento, viene ancora una volta ricordata dall'A., molto opportunamente, per la patogenesi e cura delle deformità.

IGIENE.

L'esame igienico del latte.

I soliti esami, che si praticano sul latte, nei laboratori di vigilanza igienica, si riferiscono alle proprietà fisiche (densità) e chimiche (grasso, presenza di nitrati, di sostanze conservatrici, ecc.).

Tali ricerche però se ci dànno indicazioni sulle possibili sofisticazioni, non ci forniscono elementi per giudicare se il latte sia pericoloso per possibilità di trasmettere malattie infettive, o se sia in preda ad alterazioni, che pure non essendo riconoscibili al semplice esame organolattico possano riescire dannose. L'importanza di questa conoscenza è massima quando il latte sia destinato all'alimentazione dei bambini nel primo anno di età.

Particolare significato hanno sotto tale punto di vista l'esame batteriologico, l'esame del sedimento e la ricerca del peptone, della riduttasi e della catalasi.

L'esame batteriologico si pratica col metodo delle piastre di agar o di gelatina, insemenzando 1 cmc. di latte opportunamente diluito in precedenza; le diluizioni vanno da 1/100 a 1/100,000 ed anche 1/1,000,000. Le colture in agar si lasciano a 37° per tre giorni (anche due sono sufficienti); secondo Kufferath, che recentemente si è occupato della questione, il latte sterilizzato e pasteurizzato e quello destinato all'alimentazione dei neonati debbono avere un massimo di 50,000 germi per cmc.; in Inghilterra si tollera un massimo di 30,000. Nelle colture in gelatina la presenza di fluorescenti è indizio sfavorevole.

La ricerca del *Bacterium coli* si fa utilizzando il potere di questo germe di fermentare il lattosio; collocato il latte in un tubo da fermentazione e tenuto a 37°, la produzione di gas indica la presenza del *B. coli*. Secondo le prescrizioni inglesi il latte puro non dovrebbe contenere *B. coli* in 1/10 di cmc.

Esame del sedimento. — Può praticarsi centrifugando il latte in una provetta, eventualmente graduata, gettando poi lo strato di grasso e siero e facendo preparati microscopici col sedimento, sia a fresco, sia colorato. Risultati più precisi si ottengono con l'apparecchio recentemente proposto da F. Bordes (Académie des Sciences, dicembre 1919), costituito da un recipiente, su cui si trova un imbuto che ha nel fondo un pezzo rotondo di flanella bianca sostenuto da una tela metallica. Si versa il latte nell'imbuto e si fa il vuoto nel recipiente; il sedimento rimane sul filtro di flanella, che può venir pesato. In certi latti si può anche arrivare ad 1 grammo di impurezze per litro.

All'esame microscopico si possono riscontrare, oltre ai microrganismi, dei fosfati, che fanno parte del latte normale, della caseina, che indica una cattiva conservazione del latte, del sangue, della sporcizia. Si trovano inoltre dei leucociti, in piccola quantità (0.1-0.5 ‰) nel latte normale, in quantità maggiori quando lo stato di salute della mucca è alterato. Quando si riscontrano in quantità notevole, si procederà ad un esame microscopico di preparati colorati, per la ricerca di streptococchi piogeni e del bacillo tubercolare.

La colorazione del latte o del sedimento può farsi nel modo seguente: se ne distende una goccia sopra un vetrino portaoggetti, si lascia seccare ma *non si fissa*. Si mette poi una goccia della soluzione colorante di Sabrazès sopra un coprioggetti, con cui si copre lo striscio. La soluzione è fatta con blu di toluidina cg. 50; alcool a 95° cmc. 10-15; acido fenico gr. 3; acqua distillata e bollita q. b. per fare 100 cmc.

Ricerca del peptone. — La presenza di peptone, rivelata dalla reazione del biureto, indica l'azione di germi proteolitici: il latte normale, tenuto per 24 ore a 37°, non dovrebbe dare la reazione; essa compare invece più o meno rapidamente, secondo la temperatura, le specie, la quantità dei germi, ecc. Vi sono autori (Sarkowski) che consigliano di rendere obbligatoria questa ricerca.

Come è noto, la reazione dal biureto si pratica aggiungendo a qualche cmc. del liquido in esame, 1 cmc. di soda caustica al 10 %, e poi, a gocce, del solfato di rame a 1 %. La prima goccia dà un colore roseo-violaceo, che passa poi al viola-blu, per aggiunta di altro solfato di rame.

La prova della *riduttasi* si fa aggiungendo a 40 cmc. di latte 1 cmc. di soluzione di blu di metilene (soluzione alcoolica satura 5 cmc., acqua distillata fino a 200 cmc.). Si tiene la provetta a 40° circa: il latte buono conserva

il colore per oltre 5 ore; quello mediocre per 2-5 ore; quello cattivo per 20'-2 ore; quello pessimo si decolora entro 20'. La riduzione manca nel latte sterilizzato, pasteurizzato ed in quello crudo asettico.

Prova della catalasi. — Si aggiungono 5 cmc. di acqua ossigenata a 1-2 % a 15 cmc. di latte, in una provetta chiusa con tappo di gomma forata, attraverso cui, per mezzo di un tubo, l'ossigeno arriva ad una campanella graduata; si tiene il tutto a 18°-20°. Dopo 2-3 ore il latte ordinario dà 3-5 cmc. di ossigeno; il latte colostrale, ricco di germi, dà invece abbondante sviluppo; quello sterillizzato o pasteurizzato non deve dare reazione.

La prova della coagulazione si pratica mettendo il latte (circa 20 cmc.) in una provetta sterile e tenendo a 37°: il latte di cattiva qualità coagula già dopo 6-9 ore; quello di qualità mediocre in 24 ore; quello sterilizzato, pasteurizzato, crudo, asettico, in 48 ore o più tardi; talora non coagula affatto.

Anche l'esame microscopico dei microrganismi, fatto sia sul sedimento che direttamente sul latte, sul preparato colorato, come si è detto precedentemente, o con soluzione fenica di blu di metilene, può fornire qualche buona indicazione.

Nel latte sterilizzato o pastorizzato non si trovano germi, o solo sporigeni; la presenza di muffe o di tre diverse qualità di germi costituisce un indice sfavorevole; nel latte crudo ordinario si tollerano anche sei diverse qualità di germi.

I risultati di queste ricerche però (salvo quelle che si fanno sul sedimento) arrivano generalmente troppo tardi, sicchè esse servono più che altro come controlli per mostrare che si esercita la sorveglianza sulla vendita del latte.

Per la garanzia in riguardo alla alimentazione dei poppanti e dei malati, sarebbe necessario che si diffondessero da noi gli istituti di produzione del latte, opportunamente diretti e sorvegliati, sia in rapporto all'immunità delle mucche da tubercolosi, sia per tutto ciò che riguarda le condizioni di asepsi della mungitura e della conservazione.

FILIPPINI.

Sono rimasti disponibili alcuni esemplari (estratti dal " Policlinico „ - Sezione Medica) delle seguenti monografie:

A. MURRI, **Dei medici futuri** (L. 2.50);

C. ECONOMO, **Sull'encefalite letargica** (L. 5).

Coloro che desiderano averne copie, mandino la relativa cartolina-vaglia all'Amministrazione.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Contributo allo studio delle glandole endocrine.

L'aggiunta di sostanza glandolare endocrina all'acqua nella quale vivono dei girini, un metodo usato da diversi AA., è stato applicato su vasta scala ed ulteriormente sviluppato da C. Hart (*Berlin. Klin. Wochensc.*, n. 5, 1920). I risultati delle esperienze sue, come di quelle degli altri AA. furono sempre i medesimi: l'aggiunta di sostanza timica accelera l'accrescimento ed inibisce la metamorfosi dei girini, mentre l'aggiunta di sostanza tiroidea ne inibisce l'accrescimento e ne accelera la metamorfosi: nel 1° caso si otterranno dei girini giganti, nel 2° caso delle rane nane. Oltre che mediante l'aggiunta diretta di sostanza endocrina all'acqua ambiente, è possibile modificare l'accrescimento e lo sviluppo dei girini, coll'abluzione di qualche glandola endocrina e così pure mediante stimoli esercitati sull'organismo intero (alterata temperatura, alterata composizione chimica dell'acqua). Anche le ultime condizioni (gli esperimenti di tal genere sono stati eseguiti da Adler) agiscono provocando costantemente delle alterazioni nelle glandole endocrine dei girini.

L'A. ha ottenuto dei risultati ancora più importanti. Aggiungendo sostanza timica all'acqua, egli riuscì ad ottenere dei girini giganti e molto tozzi. Il corpo di essi, edematoso e rigonfio, presentava, specialmente alle parti laterali, un tessuto gelatinoso trasparente.

L'A. considerò subito tale tessuto come mixedematoso; concezione che venne confermata dall'esame microscopico della tiroide. Mentre nei girini normali la tiroide mostrava alla sezione 10-12 follicoli adiacenti l'uno all'altro, rivestiti di epitelio cubico, pieni di sostanza collode, nei girini nutriti con sostanza timica la tiroide appariva intensamente atrofica. I follicoli erano separati l'uno dall'altro da un tessuto lasso, l'epitelio era appiattito ed atrofico, la sostanza colloide scarsissima od assente. L'atrofia della tiroide era tanto più spiccata quanto più a lungo i girini erano stati nutriti con sostanza timica.

Questi risultati portano una luce nuova nello studio della fisiopatologia del timo. Un'iperattività patologica del timo produce un'alterazione della tiroide e quindi una grave alterazione dell'equilibrio ormonico. Dal caso speciale si può passare alla regola generale:

Se nel quadro clinico prodotto da uno squilibrio endocrino prevalgono i sintomi a carico di un determinato organo endocrino, non si deve da ciò dedurre che tale organo sia quello

primitivamente affetto. L'organo la cui alterazione è stata la causa prima della sindrome morbosa spesso non dà luogo ad alcun sintomo clinico diretto, mentre quelli indiretti provocati dalle correlazioni interglandolari sviano la diagnosi.

Ciò dovrebbe esser tenuto presente ogniqualvolta si abbia a che fare con malattie causate da squilibrio ormonico.

POLLITZER.

CENNI BIBLIOGRAFICI

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

MARIANI F.: *Tecnica medica.* Un volume rilegato, in-24, di 600 pagine con 143 figure in nero e colori. — F. Vallardi, editore, Milano.

Questo lavoro del compianto prof. Mariani è dedicato specialmente alle ricerche scientifiche al letto del malato, alle indagini moderne di laboratorio, agli studi più recenti sui moderni metodi di indagine. Ormai anche il più modesto medico non soltanto non può ignorare, ma deve altresì applicare molti procedimenti di ricerca e di assistenza al malato, che esigono la conoscenza di particolari metodi di tecnica.

Vengono qui descritti in modo chiaro la tecnica biologica, le ricerche analitiche, sull'orina, sul sangue, sulle feci, i diversi sussidî terapeutici d'indole medica, ecc., tutto quanto può occorrere al medico nella pratica giornaliera o nel ben fornito gabinetto d'ospedale.

Il volumetto, dal comodo formato tascabile, si presenta bene anche nel suo aspetto esteriore.

l. b.

SENFT E. e ADAM F.: *Taschenbuch für praktisch Untersuchungen der wichtigsten Nahrungs und Genussmittel.* III edizione. Un volume in-16 di 286 pag. con fig. e tavole, rilegato. — Josef Safár, ed., Vienna 1919. — Prezzo marchi 12.

È un comodo manuale, che contiene in piccole mole i più importanti e significativi metodi di analisi delle sostanze alimentari. Precede l'esposizione dei principali metodi analitici, e dei criteri generali che debbono guidare le ricerche. Nella parte speciale vengono trattate, oltre le analisi delle sostanze alimentari (latte, vino, acqua, condimenti, ecc.), anche quelle che possono altrimenti interessare l'igienista, quale le ricerche sull'aria, sulle leghe, sul petrolio, ecc.

I metodi descritti riguardano particolarmente gli esami chimici; sono accennati anche quelli microscopici, su cui però gli AA. non si diffondono molto, limitandosi a scarse descrizioni e rimandando alle numerose figure contenute nelle tavole.

fil.

BOUCHARDAT G. e RATHERY F.: *Formulaire magistral.* Un volume rilegato in tela, in-24, di oltre 700 pagine. — F. Alcan, editore, Parigi. — Prezzo 12 fr.

Non si può dire che a questo formulario sia mancato il successo: esso è alla sua 36.ma edizione e il Rathery, rimasto solo, dopo la morte di Bouchardat, sta già lavorando per preparare la 37.ma, con un indirizzo diverso.

I diversi medicamenti e le numerosissime ricette sono qui raggruppati con l'ordine di un trattato di materia medica (nevrotropici, stimolanti, alteranti, purganti, sudorifici, ecc.); un ricco indice alfabetico facilita poi le ricerche. In capitoli a parte, sono trattati gli avvelenamenti, le analisi di urina, l'arte di formolare, la siero-kinesi-, dietoterapia, i diversi regimi alimentari, le acque minerali. Trovasi da ultimo un memoriale terapeutico, che rimanda poi alle diverse ricette del testo.

fil.

CAVAZZANI EMILIO: *Le proteine dell'orina.* Un vol. in-8 di oltre 150 pagine, con figure. — Industrie grafiche italiane, Ferrara. — Prezzo L. 7.50.

In questa accurata monografia l'A., dopo un breve cenno storico, passa allo studio delle diverse reazioni di riconoscimento generico delle proteine orinarie. Esamina quindi i metodi per la determinazione quantitativa globale delle proteine orinarie e per il loro differenziamento (emoglobina, albumine globuline, nucleoproteidi, ecc.). Un ultimo capitolo tratta delle proteine solide, cilindri e cilindroidi). Numerosi consigli pratici ed accorgimenti di tecnica, nonchè una tavola sinottica in cui è descritto l'andamento delle ricerche, rendono questo libro oltrechè interessante per il lato teorico, anche utile per chi si occupa di analisi di orine. Chiude il volume una copiosa bibliografia di 370 lavori.

fil.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

MARMO SERAFINO: *Un trattamento semplice e sicuro della pustola maligna.* — Napoli, 1920.

PALMIERI GIAN GIUSEPPE: *Ortodiagrafia e cardiovolumetria.* Studio geometrico, sperimentale e clinico. — Parma, 1920.

BILANCIONI GUGLIELMO: *La sindrome degli ultimi nervi cranici per ferite d'armi da fuoco dei seni della faccia e dei mascellari.* — Napoli, 1919.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Politica e biologia.

In questo periodo di rivolgimenti economici e sociali debbono occuparsi o almeno interessarsi di fatti politici anche molti medici che per indole e per studî ne erano alieni. Direi che è un dovere di tutti *fissar lo viso* in questi problemi. E i medici, che più o meno debbono essere dei biologi, possono guardare alle cose con un occhio più raffinato e adusato alla indagine.

Pensavo a queste necessità leggendo l'articolo del collega *u. r.*, *Un pericolo*, apparso nel fascicolo 33, il quale traccia le linee fondamentali della nostra condotta di fronte agli aggruppamenti politici attuali. Io ritengo che il medico, non traviato da discipline di partito, che sovente deformano la mentalità e la coscienza, possa fare opera utilissima, inspirandosi ai dettami della biologia.

Uno degli errori che più vengono oggi diffusi e che trovano largo credito nelle masse incolte è quello della perfetta eguaglianza di tutti gli uomini. Ora, una conoscenza anche modesta delle scienze naturali — esse comprendono, naturalmente, anche l'uomo — vale a dimostrare come ciò sia falso. All'occhio ineducato i membri di una mandra di pecore sono così simili che pare impossibile di distinguerne uno dall'altro, eppure il pastore intelligente conosce le particolarità di ciascun individuo, quantunque egli sia incapace di dare una descrizione comprensiva delle apparenze, per cui egli li differenzia.

Botanici e zoologi insegnano che non si dà vera identità nè tra due foglie, nè tra due fiori, nè tra due mosche; che si trova sempre un carattere di variabilità individuale negli idroidi e nei vari pesci. E tal concetto aveva già espresso Leonardo da Vinci, quando consigliava, dopo aver notato le differenze individue in ogni specie, di seguir la natura se si vuol ritrarre il variare perenne di essa: « Le bellezze dei visi in natura mai si trova esser replicate, in modo che, se tutte le bellezze di eguale eccellenza ritornassero vive, esse sarebbero maggior numero di popolo che quello che al nostro secolo si trova, e siccome in esso secolo nessuno precisamente si somiglia, il medesimo interverrebbe nelle dette bellezze ». (*Trattato della pittura*, n. 104).

Da queste osservazioni esce ribadita la verità della differenza fra uomo e uomo: ed esaltata la bella volontà antagonistica che era la molla vitale di Hebbel, espressa dalla sua frase « vivo, cioè mi distinguo da tutto il resto »; perchè così vuole quella misteriosa, sapiente e forse in qualche caso crudele legge biologica che fa nascere non già gli uomini eguali — come fantasticano i filosofi di un vago amorfo umanitarismo, — ma anzi profondamente disuguali.

Ancor di recente, studiando i fenomeni dell'eredità e quelle leggi che hanno nome dal Mendel, non uguaglia, afferma il Bateson — che la biologia non trova negli uomini, — ma diversità, è l'essenziale polimorfismo di tutte le comunità civili. Da ciò avverte che i riformatori e i *meneurs* debbono dirigere i loro sforzi a rettificare le distinzioni delle classi sociali, più che al futile tentativo di abolirle.

L'insegnamento della biologia è chiaro e perspicuo: noi siamo quel che siamo in virtù del nostro differenziamento. È in queste naturali e profonde disuguaglianze che ha la sua fonte e la sua forza lo sviluppo e il progresso della civiltà, la quale è conseguenza delle variazioni; noi non dobbiamo impedire che sorgano, nè volere ridurre a omogeneità spuria ciò che è vario. La genetica dimostra che se artificialmente si tenta di fondere le diversità subito riappaiono come già erano.

Una costruzione politica che si riassuma nel feroce predominio di una classe sulle altre, anzi nello sforzo di una classe di distruggere le altre, non solo è ingiusta e immorale, ma è impossibile. Quando la classe dominatrice avrà creduto di aver distrutto le altre, dalle sue viscere stesse dovrà rifare uomini nuovamente diversi e di disuguale stato, perchè la vita sociale non si sviluppa che per opera di uomini disuguali. Non confondiamo libertà anche sconfinata, possibile sempre, con assoluta uguaglianza livellatrice, non possibile mai.

G. BILANCIONI.

Cronaca del movimento professionale.

Per le assicurazioni sociali.

Ad un'interrogazione dell'on. Monici il Ministro del Lavoro e della Previdenza sociale ha risposto:

« È noto che allorquando furono presentati alla Camera dei deputati, seduta 5 febbraio 1920, i provvedimenti per le assicurazioni sociali, e precisamente la conversione in legge dei decreti-legge sull'assicurazione per gli infortuni sul lavoro in agricoltura, sull'assicurazione contro l'invalidità e vecchiaia, sull'assicurazione contro la disoccupazione involontaria e sul collocamento della mano d'opera, e il disegno di legge sull'assicurazione malattie, fu convenuto di demandarli in esame all'unica Commissione parlamentare, appunto perchè fosse possibile studiare il coordinamento dei vari provvedimenti suindicati.

È altresì noto che in seguito all'inconveniente, cui dettero luogo i provvedimenti per l'assicurazione contro la disoccupazione, si è riconosciuto necessario procedere a una revisione, ed è stato studiato dal Ministero un nuovo progetto: sarebbe quindi superflua oggi una discussione.

Per quanto riguarda l'assicurazione infortuni agricoli, la principale e forse l'unica critica fu rivolta alla misura dell'indennità; ma su questo punto è stato già presentato alla Camera dei deputati un progetto, che è stato approvato.

Per l'assicurazione sulla invalidità e vecchiaia il versamento dei contributi è cominciato; qualche opposizione, sorta qua e là, si è andata e si va eliminando: non si vede quindi l'urgenza di discutere ora questi provvedimenti, stralciandoli dal quadro di tutte le assicurazioni.

Rimane la questione dell'assicurazione malattie. Fu avvertito che un progetto fu già presentato dal Governo del tempo e messo in bozza di stampa, ma non distribuito per difficoltà sollevate dal Ministro del Tesoro. E poichè quel progetto era in alcune parti diverso da quello studiato da una speciale Commissione, si è ritenuto necessario procedere ad un'accurata revisione dell'uno e dell'altro: ciò che richiede un esame profondo, trattandosi di materia assai complessa ed alla quale sono collegati tanti interessi, ed essendo in realtà su questa forma di assicurazione che devono disciplinarsi, imperniarsi e coordinarsi le altre. Alla riapertura parlamentare sarà presentato alla Camera il nuovo progetto».

Sulla legge delle assicurazioni contro le malattie.

«La Sezione Trapanese dell'Associazione Nazionale dei Medici Condotti, nell'imminenza della discussione parlamentare del progetto di legge di Assicurazione sulle malattie, fa voti:

che, prima dell'approvazione della legge, che dovrà riconoscere i diritti acquisiti dai Medici Condotti, sia riveduta la legge sulle pensioni dei Sanitari in modo che sia assicurato un trattamento di riposo decoroso e sufficiente alle esigenze della vita, conforme a quello usato dallo Stato per i propri impiegati;

che, per la compilazione del Regolamento, sia chiamato a far parte della Commissione un rappresentante della classe;

che sia rigettato il progetto che stabilisce al medico fiduciario uno stipendio fisso (sistema *à forfait*);

che sia invece da adottare il sistema che assegna al Sanitario una indennità di residenza, eguale allo stipendio goduto dal medico condotto all'atto dell'andata in vigore della legge, e gli accorda il compenso a visita (sistema a notula), su tariffa che sarà fissata dall'Ordine;

rigetta le obiezioni che mettano in dubbio l'onorabilità e l'onestà della classe medica (circa gli eventuali abusi del numero delle visite col sistema a notula);

eleva formale protesta per l'eccessiva riservatezza nel dare conoscenza al pubblico medico di tutti i postulati della Legge che dovrà essere discussa: segretezza che fa sorgere nella classe il fondato sospetto che il progetto elaborato dalla Commissione (della quale facevano parte, a garenzia dei medici condotti e liberi esercenti, il dott. Martinelli ed il prof. Silvagni) subisca nei misteri dei Ministeri degli emendamenti inesplicabili e forse dannosi alla classe stessa;

si associa all'agitazione delle altre Sezioni dell'Associazione, perchè tutti i medici condotti d'Italia, concordi e stretti in un sol fascio, facciano sentire la voce del loro diritto, non essendo più permesso che, per il senso di umanità già troppo spesso invocato e sfruttato, si debbano portare i benefici alla Società a sole spese dell'umile e sempre troppo dimenticata classe medica».

MEDICINA SOCIALE.

La Direzione Generale di Sanità a pro del Mezzogiorno d'Italia.

Col suo spirito d'illuminata praticità e di elevato patriottismo il Direttore Generale della Sanità pubblica del Regno, prof. comm. Lutrario, viene mostrando che, anche sotto l'aspetto della medicina sociale, occuparsi di Napoli e del resto del Mezzogiorno significa occuparsi della Nazione intiera, le cui sorti sono intimamente legate alla rigenerazione sanitaria, economica e morale delle popolazioni meridionali. Non vi ha importante iniziativa d'igiene pubblica e di medicina sociale in Napoli e dintorni, che in questi ultimi anni non sia stata generosamente sovvenzionata dal Governo su proposta della Direzione generale di Sanità. Basti citare l'«Istituto per i bambini d'Italia», l'«Asilo-scuola per i piccoli irredenti di Napoli a Marechiaro», e il «Pausillipon», fondati dal prof. Tropeano; la Colonia Marina di Portici e l'Istituto per tubercolotici a Villa Santobuono, fondati dal prof. sen. Pascale; l'Ospizio marino di Bagnoli, diretto dal prof. Curcio; la Società antitubercolare napoletana, presieduta dal prof. sen. Bianchi; l'Ospedale Incurabili, per una erigenda sezione ospedaliera di tubercolotici; l'Ospizio Vita, per il reparto tubercolotici; i Dispensari antitubercolari, diretti dal prof. Castellino, dal prof. Jemma, dal prof. Pirera. Va menzionato anche il corso di perfezionamento sulla profilassi antitubercolare, che, come primo esperimento in Italia, si è svolto presso la R. Università di Napoli, prescindendo da speciali corsi d'igiene scolastica ed antitubercolare impartiti in varie scuole normali. Per questo complesso di opere il Governo è venuto erogando circa un milione.

Per la crisi dell'insegnamento universitario

L'on. Cermenati ha presentato alla Camera la mozione seguente: «La Camera, preso atto della nobile ed opportuna petizione al Parlamento nazionale dei professori delle Università italiane, pienamente convinta che la ricerca scientifica e l'insegnamento superiore, come le fonti più pure e pù ricche donde può attingere il patrimonio intellettuale, morale e materiale di un popolo, so-

no per la Nazione titolo di ogni maggior grandezza civile e origine di sicura prosperità economica; convinta del pari che, così quale è stata ridotta l'Università nostra non è più che un mediocre strumento d'istruzione professionale e non potrà che fornire cittadini e professionisti mal preparati moralmente e tecnicamente; invita il Governo ad emanare solleciti provvedimenti perchè le Università d'Italia, che rappresentano nel mondo una gloriosa tradizione di sapienza, siano messe in grado di impartire dalle cattedre insegnamenti veramente efficaci, e di proseguire utilmente nei laboratori la ricerca della verità scientifica ».

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8444) *Inscrizione alla Cassa pensione.* — Dottore G. M. da T. — Avendo l'Amministrazione ospedaliera richiesto il rimborso di tre annate di contributo alla Cassa di previdenza, fa ritenere che Ella sia stata di ufficio inscritta alla Cassa medesima, come, forse, ne aveva il dovere in riguardo allo ammontare delle rendite patrimoniali dell'Istituto. Così che mentre non sarebbe, in tal caso, giustificato il rifiuto del pagamento, la somma non sarebbe versata a fondo perduto in quanto che sarebbe sempre utilizzabile nel caso che in un prossimo o lontano avvenire le capitasse di prendere servizio presso una pubblica amministrazione.

(8445) *Concorsi per nomina a medico condotto.* — Dott. G. M. da M. — La Commissione giudicatrice di un concorso può escludere il candidato che ha presentato il certificato di cittadinanza italiana di data anteriore ai sei mesi contravvenendo alle disposizioni del bando. Il certificato di buona condotta rilasciato dal Sindaco e quello di lodevole servizio prestato presso il medesimo Comune non sono valevoli per annullare la formalità dell'attestato di cittadinanza. L'iscrizione all'albo del Consiglio dell'Ordine della Provincia non costituisce un equipollente dell'atto di cittadinanza. Per tali motivi non è consigliabile ricorrere contro l'asserita sua esclusione dalla prova.

(8447) *Licenza per motivi di salute.* Dott. U. P. da I. — Ai medici interini non compete licenza nè ordinaria nè straordinaria per infermità, salvo quella tolleranza che, in caso di malattia, deve essere per ragioni di umanità esercitata verso chiunque.

(8448) *Compensi e stipendi arretrati.* — Dottor G. M. da M. — In vista dalla indolenza del Comune nel corrisponderle gli stipendii arretrati non vi è altro mezzo che procedere al sequestro delle sue rendite patrimoniali premunendosi dal Pretore, in base ai mandati, che avrà certamente finora ricevuti, di un'ordinanza di sequestro conservativo, salvo far poi la discussione di merito. Le due lire che la Società assicuratrice paga al sanitario pel certificato di infortunio, rappresentano il compenso del solo certificato e non anche quello delle prime cure dello infortunato. Per le prime cure il sanitario deve essere pagato dallo industriale: per le successive si applica il regime comune e, cioè, si eseguono gratuitamente, se l'infortunato è compreso nello elenco dei poveri: a pagamento, a carico della famiglia, se appartenga alla classe agiata.

(8450) *Esercizio professionale all'Estero.* — Dottore G. S. da C. — La laurea conseguita nel Regno dovrebbe essere bastevole per esercitare la professione verso i proprii connazionali negli Stati Uniti: ma pare che non sia così, perchè non si fa alcuna eccezione all'obbligo di fornirsi di nuova laurea fatta a chi voglia esercitare la professione colà.

(8451) *Infortunii sul lavoro - Competenze.* — Dott. O. B. da M. — Il primo certificato è pagato negli infortunii col premio di lire 2. Le prime urgenti cure sono pagate a parte a carico dello industriale.

(8452) *Concorsi - Limiti di età.* — Dott. L. A. da V. — Ella con 50 anni di età ha diritto a concorrere al posto di medico condotto perchè ha già prestato servizio presso una pubblica amministrazione. Non è esatto il riferimento all'articolo 95 del regolamento per la esecuzione della legge comunale e provinciale, perchè questo articolo è più ristrettivo, ma bisogna riferirsi, invece, all'art. 27 del regolamento per la legge sanitaria che è più esteso ed applicabile al caso.

(8453) *Ordine dei Sanitarii.* — Dott. C. T. da M. — Il medico che esercita la professione senza essere inscritto all'Ordine dei sanitarii è punito ai sensi dell'art. 53 della legge sanitaria ai sensi dell'art. 11 del D. L. del 16 luglio 1916, n. 947.

(8455) *Somministrazione medicinali.* — Dott. F. Z. da P. — La vendita delle specialità medicinali non è permessa che ai soli farmacisti in base a regolare ricetta del medico. Quindi non può il medico ordinarne una quantità alla Casa produttrice per distribuirle ai proprii clienti, equivalendo ciò ad una vendita indiretta.

Doctor JUSTITIA.

Assicurazione contro le malattie. — Al dott. A. Miadonna, Sorrento:

Troverà il testo dello schema del disegno di legge proposto dalla Commissione ministeriale, gli studi preparatori, le relazioni, gli schemi che lo hanno preceduto, ecc., nel volume « L'assicurazione obbligatoria contro le malattie », in-8 gr., di pag. 291; Roma, 1920; presso la Ditta F.lli Treves, L. 7.

Può avere copia dello schema del disegno di legge richiedendola alla Presidenza della Federazione degli Ordini dei Medici (Bologna, Archiginnasio). È anche integralmente pubblicato in vari periodici professionali.

L. V.

Servizio medico-militare. — All'abb. n. 4340:

L'anno 1919 è riconosciuto utile agli effetti dell'indennità di smobilitazione.

M. G.

CONDOTTE E CONCORSI.

CONCORSO ALLA CATTEDRA DI PATOLOGIA SPECIALE MEDICA DI CAMERINO. — È aperto il concorso per professore straordinario alla cattedra di Patologia speciale medica con incarico della Clinica medica presso la Libera Università di Camerino.

Lo stipendio è secondo l'organico, oltre alla partecipazione alle tasse.

Il concorso è per titoli e sarà deciso, con le norme stabilite per le Università Regie, da apposita Commissione nominata a termini dell'art. 27 dello Statuto dell'Università.

I concorrenti dovranno far pervenire la loro domanda in carta bollata da L. 1 al Rettore dell'Università di Camerino non più tardi di due mesi dalla data di pubblicazione del presente bando nel Bollettino Ufficiale del Ministero della P. I., e dovranno unire:

a) un'esposizione in carta libera e in quattro copie della loro operosità scientifica ed eventualmente didattica;

b) un elenco in carta libera e in quattro copie dei titoli e delle pubblicazioni che presentano;

c) i loro titoli e le loro pubblicazioni: queste ultime in quattro copie;

d) il certificato penale in data non anteriore di un mese a quella del presente avviso (31 agosto 1920) e il certificato di nascita debitamente legalizzati.

Non sarà tenuto conto delle domande che perverranno dopo il giorno stabilito, anche se presentate in tempo utile agli uffici postali o ferroviari, nè dei lavori non pubblicati per le stampe e non saranno neppure accettate, dopo il giorno stesso, nuove pubblicazioni o parti di esse e qualsiasi altro documento.

CONCORSO PER LA CATTEDRA DI PATOLOGIA GENERALE E ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA NELLA UNIVERSITÀ DI PERUGIA. — L'eletto avrà il grado di professore straordinario e percepirà lo stipendio stabilito in organico, oltre l'indennità caro-viveri di legge.

Domanda in carta legale con fede di nascita, stato di famiglia, certificato di salute, di buona condotta, fede penale; elenco dei titoli in sei esemplari; pubblicazioni in numero di copie bastevoli per i componenti della Commissione.

Il concorso è per titoli; eventualmente la Commissione potrà chiamare uno o più concorrenti ad una prova di esame.

La Commissione è composta di cinque membri, di cui due della Facoltà medica di Perugia, tre scelti fra sei professori di altre Università od Istituti Superiori, indicati dalla Facoltà stessa.

L'eletto dovrà dichiarare l'accettazione entro cinque giorni dalla nomina ed assumere l'ufficio entro 10 giorni.

Scadenza 25 novembre.

ALESSANDRIA - *R. Manicomio «San Giacomo»*. — A tutto il 30 settembre, due posti di medici assistenti; L. 6000, 20 % di caro-viveri, alloggio personale, vitto nei giorni di guardia. Scad. ore 16 del 30 sett. Servizio entro 15 giorni. I regolamenti sono visibili presso il direttore amministrativo nelle ore d'ufficio.

BARBERINO DI MUGELLO (*Firenze*). — Al 30 sett. 1ª condotta; L. 6000, caro-viveri, L. 2000 per cavalcatura o vettura, quattro quinquenni. Servizio entro 15 giorni.

CANTIANO (*Pesaro*). — A tutto il 10 ottobre una delle due condotte momentaneamente estesa alla generalità degli abitanti dell'intero Comune: a seconda delle attitudini dell'eletto sarà dichiarata medica o prevalentemente chirurgica; finchè l'altra condotta rimarrà scoperta, L. 12,000 oltre lire 1200 di caro-viveri, nette di R. M.; diritto al mezzo di trasporto. Lo stipendio verrà ridotto a L. 6000 all'atto della trasformaz. in residenziale. Accettaz. entro 20 giorni, servizio entro i 20 giorni successivi. Chiedere annunzio.

CELLIO (*Novara*). — Consorzio con Brecà e Boleto; condotta di Piana dei Monti. Abit. 2900 con 50 poveri inscritti. L. 4500, più L. 3 e L. 5 per ogni povero oltre i 300; alloggio oppure indennità L. 500. Scad. 30 settembre.

CHIAMPO (*Vicenza*). — Concorso a medico-chirurgo del Consorzio Chiampo-San Pietro-Mussolino. Indennità di residenza L. 5000, oltre l'indennità caro-viveri, l'indennità di cavalcatura L. 1800; cura dei poveri L. 1000. Scadenza 25 settembre.

CHIURO (*Sondrio*). — Condotta; L. 5250 da elevare a L. 6000 dopo il biennio di prova, per 500 poveri; L. 677.50 indennità trasferta; L. 2000 indennità cavalcatura; L. 500 se U. S. Scad. 23 sett.

CITTÀ DI CASTELLO (*Perugia*). — Al 30 settembre, 5 condotte pei poveri; L. 6000 lorde, con tre quinquenni; L. 3600 per cavalc.; indennità caro-viveri e altre indennità come da annunzio. Servizio entro 20 giorni. Rivolgersi all'Ufficio comunale di Igiene.

CONTIGLIANO (*Perugia*). — Concorso medico-chirurgico condotta residenziale. Scadenza 10 ottobre 1920. Stipendio L. 7000, comprese L. 1000 indennità residenza povera, oltre caro-viveri, e lire 1800 per cavalcatura. Cura semi-abbienti tariffa ridotta.

LONDRA - *Ospedale Italiano*. — Concorso al posto di assistente in medicina e chirurgia.

Il candidato deve essere italiano, celibe, laureato in Italia, e registrato presso il *General Medical Council* di Londra; dovrà conoscere perfettamente l'inglese. Stipendio lire sterline 200 annue, vitto, ecc.

Nomina per sei mesi con diritto di presentarsi ai concorsi successivi.

Inviare i documenti al Segretario dell'Ospedale Italiano, Queen Square W. C. 1, Londra.

MEDUNA (*Udine*). — Concorso a medico-chirurgo ostetrico. Stipendio L. 6000 per i poveri; lire 700 quale ufficiale sanitario; L. 2000 indennità di trasporto; caro-viveri di legge; tre aumenti quinquennali; abitazione gratuita nel palazzo municipale, con orto e prato annesso. Scadenza 30 settembre.

MONTE ARGENTARIO (*Grosseto*). — A tutto settembre condotta residenziale per Porto S. Stefano; L. 7000 lorde, raddoppiamento indennità caro-viveri. Chiedere annunzio. Servizio entro 20 giorni.

MONTECATINI VAL DI CECINA (*Pisa*). — Condotta del Capoluogo per i poveri. L. 6000 lorde con aumenti quadriennali del decimo, fino a raggiungere con essi un massimo della metà dello stipendio. L. 2000 per la cavalcatura; L. 500 per eventuale incarico per Ufficiale Sanitario. Caro-viveri di L. 1200. Età massima anni 40, quando il concorrente non abbia prestato servizio in altre condotte: in tal caso occorre però l'accertamento della idoneità fisica. Scadenza 30 settembre.

PALMIRA (*Potenza*). — Condotta medico-chirurgica pei soli poveri L. 3000 lorde e L. 500 quale ufficiale sanitario. Età non superiore agli anni 40. Scadenza 30 settembre 1920. Documenti prescritti.

ROMA - *Pio Istituto di Santo Spirito ed Ospedali Riuniti*. — Concorso per la nomina di 32 aiutanti medici e 15 aiutanti chirurgi, da assumersi secondo il bisogno. Occorre aver compiuto il biennio di servizio di assistente medico-chirurgo negli ospedali di Roma, oppure che, avendo prestato servizio militare per causa di mobilitazione, abbia esercitato il diritto di opzione circa la equiparazione del servizio militare al servizio civile. Scadenza 30 settembre.

SAVIGLIANO (*Cuneo*). — Concorso al posto di medico condotto per la borgata di Levaldigi. Scadenza 25 settembre. Chiedere informazioni al Sindaco.

SCIACCA (*Girgenti*). — Condotta per il quarto della popolazione povera; stipendio base L. 4500; quattro sessenni del decimo. Chiedere annunzio. Scad. 30 giorni dal 28 agosto.

SPEZIA - *Civico Ospedale Vittorio Emanuele II*. — Fino al 30 settembre è aperto concorso per titoli a tre posti di medici-chirurgi di guardia con lo stipendio lordo di L. 4500 e con diritto a quattro aumenti quinquennali di L. 500. Chiedere copia avviso di concorso.

TORINO - *Policlinico Generale Umberto I*. — Concorso al posto di Direttore della Sezione « Malattie di petto ». Scad. 31 ottobre. Condizioni visibili alla Segreteria.

TORRE ANNUNZIATA (*Napoli*). — Due condotte pei poveri; L. 5000, caro-viveri, quadrienni. Scade il 25 settembre.

TORRE DI MOSTO (*Venezia*). — È prorogato il concorso a tutto il 30 settembre 1920 al posto di medico-chirurgo condotto per i soli poveri. Stipendio L. 9000 lorde, ritenute R. M. e C. P. Indennità L. 800, perchè Comune dichiarato malarico; indennità cavalcatura L. 1800; L. 500 quale Ufficiale Sanitario; indennità di caro-viveri D. L. 9 marzo 1919, n. 338; indennità disagiata residenza; alloggio gratuito; 3 aumenti quinquennali di un decimo dello stipendio iniziale; età non superiore ai 45 anni. Per ulteriori informazioni rivolgersi alla Segreteria del Municipio.

TRAPANI - *Ospizio Marino ed Ospedale dei Bambini « Riccardo Sieri Pepoli »*. — Due assistenti; L. 1500 (*sic*), oltre gli aumenti e le indennità provvisorie. Età massima 45 anni. Titoli ed esami. Chiedere annunzio. Scad. ore 12 del 15 ottobre.

VERONA - *Ospedale Civile*. — Concorso ai posti di Medico primario e di Chirurgo primario. Concorso per titoli ed esame. Questo consta per entrambi di prova scritta e di prova clinica; inoltre, per il medico, di ricerche di laboratorio attinenti alla clinica e per il chirurgo di prova di medicina operatoria. Le Commissioni saranno scelte fra professori di Università e primari di grandi ospedali. Stipendio annuo iniziale di lire 4900, lorde, compresi gli aumenti provvisorî; quattro aumenti quinquennali del decimo. Nomina per un biennio di prova, salvo riconferma in pianta stabile fino a 60 anni per il chirurgo e 65 per il medico. Si esige l'elenco dei documenti in doppia copia. Scadenza 25 settembre.

VITO D'ASIO (*Udine*). — Condotta del 2° riparto. Frazioni di Pielungo, Pert. Frecinz e S. Francesco. Superficie 38 kmq. territorio montuoso. Lire 6000 per i poveri (meno di 1000), con 3 aumenti quinquennali del decimo; L. 2000 per il cavallo; L. 500 per l'ambulatorio. Tariffa per gli abbienti dell'Ordine dei medici. Caro-viveri di legge; alloggio gratuito. Scad. 30 settembre.

CONCORSO PER MEDICO DI REPARTO DELLE FERROVIE DELLO STATO. — È aperto un concorso per titoli a 62 posti di medico di reparto per i seguenti reparti:

Arcore, Alano, Baveno, Borzolo, Calcio, Caldiero, Calusco, Camnago Lentate, Casalpusterlengo, Castelleone, Castellucchio, Castelnuovo di Verona, Cernusco Merate, Chignolo Po, Coccaglio, Colorno, Conegliano, Cormeda, Curtatone, Dolcè, Forgaria, Gemona II, Ghedi, Gorlago, Grumello, Ispra, Lonato, Lonigo, Lungavilla, Maggianigo, Melzo, Moggio Udinese, Mogliano Veneto, Osoppo, Ospitale, Parabiago, Peravolo, Piacenza V, Pianzano, Pombia, Pontebba, Ponte San Marco, Portogruaro II, Pozzolo Formigaro, Premosello, Rivoltella, Sacile, San Giorgio della Richinvelda, San Giuliano Piemonte, San Nazario, Soriate, Sesto Cordovado, Sesto San Giovanni II, Siziano, Susegana, Usmate Carnate, Varese I, Varese II, Valvasone, Vigentino, Vogogna.

Le domande, con i documenti di rito ed i titoli, devono essere inviate all'Ufficio Sanitario delle Ferrovie dello Stato, a Milano, entro il 30 settembre corrente. Per chiarimenti rivolgersi ai Capistazione dei reparti posti a concorso.

ta, accetterebbe lungo e ben retribuito interinato. Indirizzare: P. Gatti, via Pasqualina, 3 - Roma.

Diffide e boicottaggi.

Nuove condotte diffidate: provincia di Macerata, Cureggio (Novara), Monteporzio Catone (Roma), Ravarino-Fanano-Frassinico (Modena).

È diffidato il concorso per due posti di medico assistente presso il Manicomio di Cagliari, causa l'insufficiente stipendio.

È boicottata la condotta di S. Eufemia della Fonte (Brescia) a favore del dott. Arrighi.

La Sezione della A. N. M. C. di Cesena diffida i seguenti concorsi indetti dal Sig. Commissario Prefettizio: 1° terza condotta Suburbana; 2° ottava condotta del Forese, con residenza Borello; 3° nona condotta del Forese, con residenza S. Vittore, per non avere voluto applicare il capitolato approvato dal C. P. S. e dalla G. P. A.

È revocata la diffida pel concorso al Consorzio Sanitario Pella-Artò-Boleto, avendo l'Assemblea Consorziale accettate le proposte dell'Associazione Naz. M. C., Sezione di Novara: indennità mezzi trasporto L. 1200; condotta residenziale col 1° gennaio 1921. Il concorso venne prorogato fino al 26 settembre.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Celso Pellizzari, Direttore della R. Clinica Dermosifilopatica della Università di Firenze, è stato nominato membro dell'Accademia Reale di Medicina di Londra.

Il prof. Ernesto Cacace è stato eletto membro corrispondente dell'Accademia Nazionale di Medicina di Rio de Janeiro.

A dirigere il Manicomio Provinciale di Trento in Pergine, rimasto vacante a causa del mancato ritorno per ragioni politiche dell'ex-direttore, è stato eletto il prof. dott. Guido Garbini, di origine trentino, direttore interinale del Manicomio di Teramo.

Il chiaro prof. A. Ghedini, già T. Colonnello medico di complemento, docente di Clinica chirurgica e medicina operatoria nella R. Università di Bologna e Chirurgo primario degli Ospedali Civili di Ferrara, è nominato Commendatore della Corona d'Italia per le distinte benemerenze acquisite nel campo professionale, scientifico, di assistenza civile e nell'opera esemplare prestata durante l'ultima guerra.

Il dott. Agostino Molfino, su proposta di S. E. il Presidente del Consiglio, è stato recentemente insignito della Croce di Cavaliere della Corona d'Italia, per le benemerenze acquistate in servizio durante la guerra e per l'opera prestata quale Amministratore della Città di Savona.

Il dott. Paolo Barabaschi, già capitano medico, ora residente a Bergamo, è stato nominato Cavaliere nell'Ordine della Corona d'Italia, per speciali benemerenze acquistate in occasione della guerra 1915-1918.

NOTIZIE DIVERSE.

I soccorsi sanitari nelle zone colpite dal terremoto.

Sono stati immediatamente organizzati.

Giusta le disposizioni dell'ultima legge sui soccorsi nella contingenza di gravi disastri, si è recato sul posto il Sottosegretario ai LL. PP., on. Corsini, che accentra tutti i servizi di soccorso.

Per la parte sanitaria, la Direzione generale della Sanità pubblica ha provveduto a mandare sul posto un funzionario superiore, alle dipendenze del Sottosegretario ai LL. PP., il commendator prof. Simoncini, medico provinciale, che ha la direzione dei vari servizi di assistenza e di soccorso nelle zone colpite con funzioni ispettive; inoltre ha mandato altri funzionari — medici provinciali e medici provinciali aggiunti — per coadiuvare l'opera del Simoncini; tra gli altri si è recato immediatamente sui luoghi colpiti il dirigente del materiale profilattico, cav Tedaldi, che ha regolato il trasporto e la distribuzione di molto materiale di soccorso: tende, disinfettanti, materiale di medicazione e di conforto.

* * *

Appena avuta notizia dei gravi danni prodotti dal terremoto, il Comitato Centrale della Croce Rossa Italiana, in conformità del suo programma di pace fissatole dal nuovo Statuto, ha subito provveduto al sollecito invio nei luoghi colpiti dal terremoto di medici, medicine, militi, materassi, tende, coperte ed altro materiale di assistenza e soccorso.

Nella Garfagnana si è recato il senatore Ciraolo, presidente della Croce Rossa Italiana, con numerose squadre munite di medicinali. Sono pure state inviate squadre di pubblica assistenza a Piazza del Sergio, Sillano, San Giovanni, San Romano, ecc.

D'accordo col comm. Curci, Direttore generale della Croce Rossa Italiana, sono stati inviati nelle località devastate dal terremoto numeroso materiale sanitario ed una buona scorta di viveri.

* * *

Il Ministero della Guerra — Direzione generale della Sanità militare — ha provveduto all'immediato invio di due Sezioni per disinfezioni, di tende e di materiale sanitario, di ufficiali medici, di viveri, comfort e coperte.

Un'organizzazione mondiale di salute pubblica.

Il Consiglio della Lega delle Nazioni ha approvato la seguente organizzazione permanente per la salute pubblica, che deve prendere il posto dell'Ufficio Internazionale di Igiene pubblica:

1° una Commissione generale, composta di sei delegati di tutti gli Stati rappresentati nella Lega e anche degli Stati che, pur non essendo in essa rappresentati, hanno aderito all'Ufficio sopradetto;

2° un Comitato permanente, composto di delegati degli Stati che formano la Lega;

3° un Segretario medico generale.

Questo nuovo dipartimento di salute pubblica completerà le organizzazioni esistenti e informerà la Lega delle Nazioni su tutte le questioni che si riferiscono alla salute pubblica.

Congresso italiano di medicina interna.

Il 26° Congresso della Società Italiana di Medicina interna avrà luogo in Roma, presso la Clinica Medica, dal 3 al 6 novembre.

Verranno trattati i seguenti temi:

L. Giuffrè e C. Frugoni, *Asma bronchiale;*

C. Moreschi e A. Ferrata, *Linfogranulomatosi;*

P. Sisto, *Elettrocardiografia clinica* (rivista critica).

Per le informazioni rivolgersi alla R. Clinica Medica, Policlinico Umberto I, Roma.

Congresso italiano di radiologia ed elettrologia mediche.

Come abbiamo già annunziato nel fasc. 25, il III Congresso della Società Italiana di Elettroterapia e Radiologia è indetto a Roma nei giorni 28-30 ottobre.

Sono fissati i seguenti temi:

F. Perussia, *Radiologia del cuore e dei vasi;*

V. Ponzio, *Radioterapia del cancro;*

M. Bertolotti, *La radioattività nella biologia e nella clinica* (conferenza).

Al Congresso andrà unita una mostra tecnica e scientifica.

Il programma comprende una gita alla villa Adriana.

Per le informazioni rivolgersi al R. Istituto di Radiologia ed Elettroterapia, Policlinico Umberto I, Roma.

Congresso italiano di oculistica infortunistica.

Per iniziativa della Cassa Nazionale Infortuni sarà tenuto in Roma, dall'8 al 10 ottobre p. v., un Congresso fra gli Oculisti che praticano l'infortunistica per lo studio delle principali questioni medico-legali relative alla infortunologia oculare.

Il Congresso si occuperà dei criteri di valutazione dei danni oculari in applicazione della tabella ora in vigore (Reg. Inf. 13 marzo 1904, art. 95) e delle eventuali modificazioni da apportare a detta tabella.

Saranno pure oggetto di discussione le questioni relative alla cura delle lesioni, all'accertamento dell'esito di esse, alla valutazione di lesioni speciali e delle condizioni preesistenti che sono concausa di lesione o di invalidità, ed infine alle lesioni oculari simulate e procurate nonchè alla prevenzione degli infortuni oculari.

Per tutti i lavori preparatori si è costituito in Roma un Comitato Ordinatore nelle seguenti persone: prof. Giuseppe Gabrielli, prof. Marchi Luigi, comm. prof. Neuschuler Alfonso, cav. professor Passera Ercole, prof. Puccioni Giuseppe, commendator prof. Scellingo Mariano, comm. professor Roselli Romeo, cav. prof. Valenti Giulio.

La data prescelta (8 ottobre) per l'inizio dei lavori consentirà a tutti gli intervenuti di fruire del ribasso del 60 % concesso dalle Ferrovie dello Stato per i viaggi di andata a Roma iniziati entro il 9 ottobre, e ritorno entro 10 giorni.

La quota di iscrizione è di L. 25 ed il pagamento di essa dà diritto al volume degli Atti.

Per le adesioni rivolgersi al «Comitato Ordinatore del Congresso fra Oculisti Infortunisti» - Cassa Nazionale Infortuni - Piazza Cavour, n. 3, Roma.

Società Internazionale di Urologia.

La Società Internazionale di Urologia ha proceduto recentemente alla nomina dell'ufficio di presidenza nelle persone dei direttori: prof. Watson di Boston, presidente onorario; Fenwick Hurry di Londra, presidente effettivo; Alessandri di Roma, Keyes junior di New York, vice-presidenti; Desnos e Pasteau, rispettivamente, segretario generale e tesoriere.

Il primo Congresso della Società sarà tenuto a Parigi dal 7 al 9 luglio 1921. Saranno trattate le seguenti questioni: 1° Nefriti a sindrome uremica (relatori Hogge, Horder, Foster e Teissier); 2° Cura dei traumatismi dell'uretra (relatori Kidd, Lasio di Milano, Pasteau); 3 Sulla pielografia (relatori Giardini di Bologna, Papin, Waters e Young).

Congresso internazionale per la protezione dei bambini.

Questo Congresso è indetto a Londra pel settembre prossimo, sotto l'alto patronato del Re d'Inghilterra.

Verranno trattate le seguenti questioni:

a) *D'ordine medico*: L'influenza del calore estivo sui lattanti. Isolamento degli ambienti destinati ai lattanti;

b) *D'indole filantropica*: Influenza della mutualità sulla protezione dell'infanzia. Organizzazione della professione di bambinaia;

c) *D'ordine amministrativo*: Proposta di un quadro uniforme in tutti i paesi per la consegna delle relazioni statistiche mediche delle Opere di protezione, sia per le consultazioni di puericoltura, sia per gli asili e locali di riunione. Insegnamento dell'igiene infantile alle maestre e agli allievi delle scuole.

Congresso francese di Chirurgia.

Il 29° Congresso Francese di Chirurgia sarà tenuto a Parigi il 4 ottobre prossimo. Temi iscritti nell'ordine del giorno sono: 1° Cura delle pleuriti purulente (relatori Jansen de Mot e Tuffier); 2° Ulcere della piccola curvatura dello stomaco (relatori Delagenière e Pierre Duval); 3° Fratture mal consolidate del collo del piede (relatori Leon Bérard e P. Wiart).

Congresso tedesco di Neuropatologia.

Nei giorni 17 e 18 settembre corr. si tiene a Lipsia il X Congresso dei neuropatologi tedeschi. Il tema generale di discussione è: Clinica e anatomia patologica delle lesioni traumatiche del midollo osseo.

Per eventuali informazioni rivolgersi al dottor K. Mendel, Berlin W., Augsburger Str. 43.

Ricostituzione della Società d'Igiene di Trieste.

A Trieste si è ricostituita la Società d'Igiene. L'ex-presidente, dott. Marcovich, dovette rifiutare di riassumere la carica, a causa delle sue occupazioni. Furono eletti: presidente, il dottor Jellersitz; vice-presidenti i dottori Gusina e Fortuna; cassiere, Francesco Dari.

Nella stampa scientifica.

È uscito il primo fascicolo dell'*Archivio Italiano di Psicologia* pubblicato dai proff. Kiesow e Gemelli.

Tra i condirettori figurano i proff. Morselli, De Sanctis e Colucci.

Nella stampa professionale.

È uscito il primo fascicolo della rivista professionale *Sanità proletaria,* organo della Lega dei Medici Socialisti e della Sezione Sanitaria del Gruppo Parlamentare Socialista. I redattori si propongono di studiare ed affermare «i vitali interessi del popolo che lavora». «Noi vogliamo, essi scrivono, essere i consiglieri tecnici del proletariato, devoti ad esso fino al sacrificio: noi saremo, se ci è consentito il paragone... guerresco, il corpo di sanità militare di questi eserciti in marcia che è la falange compatta dei lavoratori, combattente la grande, la definitiva guerra della propria liberazione». Auguri.

Per la diffusione della coltura italiana.

L'*Istituto per la propaganda della coltura italiana,* fondato e diretto dal solerte A. F. Formiggini, ha pubblicato e largamente diffuso un opuscolo intitolato: «Facciamoci conoscere», il quale espone il programma nuovo, pratico ed efficace del geniale organismo, che si è già reso benemerito della nostra coltura sovratutto all'Estero. L'opuscolo viene inviato gratis a chiunque ne faccia richiesta alla sede dell'Istituto (Roma, via del Campidoglio, 5).

Riprendendo la sua attività editoriale, il Formiggini lancia ora una pubblicazione mensile intitolata «Simpaticissima», che in ogni fascicolo contiene scritti di un solo autore, corredati di una compiuta bibliografia; ne faranno parte non soltanto scritti letterari, ma anche di biologia, sociologia, ecc.

L'ATLI.

Compiuto un cinquantennio di attivissima e seria operosità (e ricordiamo come titolo imperituro di benemerenza il catalogo generale della Libreria Italiana) l'Associazione Tipografica Libraria Italiana ha dato nelle secche in un Congresso a Roma dove se ne è modificato il nome (in Associazione Editoriale Libraria Italiana), lo statuto, la costituzione, i fondamenti e la sede.

Dicono i *Libri del Giorno* che risorta in Roma la ATLI troverà nella vicinanza dei poteri supremi dello Stato quell'impulso vivificatore e moralizzatore per cui vediamo ogni cosa prosperare e purificarsi nella città eterna....

Gli studi di medicina in Polonia.

Prossimamente sarà organizzata una Facoltà di Medicina all'Università Polacca di Posen; parecchie cattedre, resesi vacanti per completare i nuovi corpi insegnanti delle Università di Cracovia e di Leopoli, saranno coperte da nuovi titolari. — Nella Università di Cracovia, Orlowski è stato nominato Direttore della Clinica Medica; E. Maydell assume la cattedra di Fisiologia; Lemartowicz quella di Clinica Dermatologica; Szumowski quella di Filosofia della Medicina. L'Università si è arricchita di parecchi nuovi edifici costruiti in base ai moderni perfezionamenti: Istituti di Clinica medica, di Clinica ostetrico-ginecologica, di microbiologia, ecc. Rettore è stato eletto St. Ciechanowski, titolare di Anatomia patologica.

Un Istituto Pasteur nel Brasile.

È stato fondato e inaugurato un Istituto Pasteur a Manáos; esso è affidato al prof. Astrolabio Passos, deputato al Parlamento e Direttore generale dell'Università.

Contro le specialità terapeutiche ciarlatanesche in Inghilterra.

Il visconte Astor, segretario parlamentare del Ministero della Salute, ha presentato alla Camera dei Comuni un progetto di legge per reprimere il commercio delle specialità terapeutiche ciarlatanesche nel Regno Unito.

È resa obbligatoria l'iscrizione di tutte le specialità in un registro, con l'indicazione della composizione (se si tratta di medicinali) o con la descrizione (se si tratta di apparecchi o strumenti). È vietato l'uso di rimedi che promettono la cura del cancro, della tubercolosi, della sordità, dell'epilessia, della paralisi progressiva, dell'atassia locomotrice, delle ernie, del diabete, dell'amenorrea, ecc., ed è punita la vendita di rimedi che possono suggerire la provocazione dell'aborto (per es., il richiamo delle regole). È vietato di annettere alle specialità terapeutiche, annunzi che raccomandino altre specialità; è fatta eccezione per i listini puramente commerciali. Sono punite tutte le indicazioni false od esagerate.

I produttori di specialità terapeutiche organizzano un'attiva campagna contro l'integrale approvazione di questo progetto di legge.

NECROLOGIO.

Con ANTONIO CECI, morto in Pisa a soli 67 anni il 17 agosto p. p., scompare uno dei nostri più insigni Maestri di chirurgia.

Egli tenne per 25 anni l'insegnamento della clinica chirurgica in Pisa, dopo aver professato patologia generale ed anatomia patologica in Camerino e patologia chirurgica in Genova: portò, dunque, una formidabile preparazione nell'insegnamento clinico, cui seppe imprimere un indirizzo rigorosamente scientifico.

Semeiologo finissimo, insuperabile nella diagnosi, come operatore fu un tecnico ed un artista,

che perseguiva un continuo perfezionamento del metodo; la sua abilità rifulse specialmente nelle operazioni di plastica le più difficili, colle quali otteneva spesso resultati meravigliosi. Se non si arrestava dinanzi al più ardito e difficile intervento, che desse una sia pur tenue speranza di salute pel malato, il Ceci aveva però un sacro rispetto per l'integrità del corpo umano.

Era dotato di uno spirito di autocritica straordinariamente affinato, e le lezioni che più avvincevano gli uditori eran quelle che dettava quando non fausto o non corrispondente alle previsioni era stato l'esito di un intervento.

Tale il Maestro di chirurgia che l'Ateneo Pisano ha perduto, proprio quando amici, colleghi, discepoli si apprestavano a festeggiarne il giubileo dell'insegnamento clinico.

Alla Scienza il Ceci lascia una quantità di contributi, alcuni divenuti classici, di istologia patologica, di batteriologia, di patologia e clinica chirurgica, di tecnica operatoria, la sola enumerazione dei quali costituirebbe un lungo elenco. Ricorderemo le pubblicazioni sui fibromiomi dell'utero, sulla chirurgia delle milze megaliche e sulla splenectomia (che eseguì fra i primi in Italia con successo), sulle amputazioni cinematiche alla Vanghetti (che il Ceci per primo mise in opera nell'uomo or sono quasi 20 anni), sulla terapia degli empiemi pleurici, sulle allacciature contemporanee di grosse vene ed arterie, sulla anestesia locale cocainica, che applicò e diffuse in Italia collo stesso ardore che il Reclus in Francia.

All'Università di Pisa lascia una superba clinica, che costituiva il suo orgoglio e che riuscì a far edificare a prezzo di incredibili insistenze e di ferrea volontà; essa è stata un centro di irradiazione di cultura e di lavoro chirurgico di prim'ordine.

Agli amici e sopra tutto ai discepoli lascia il ricordo di una bontà d'animo infinita, di un cuore che si ribellava ad ogni ingiustizia, ma che non conosceva rancori, di una gentilezza e delicatezza di sentire talora commoventi, che facevan dimenticare e non di rado rendevan simpatici certi suoi caratteristici scatti, non sempre raffrenati, di vivace irruento linguaggio, durante i quali il Maestro quasi sembrava ingigantire sulla piccola persona, ma che eran tosto seguiti da un nobile pentimento. Lascia il ricordo di una vita intiera spesa nella Scuola e per la Scuola.

Prossimo a finire i suoi giorni si faceva condurre e in ultimo quasi trasportare barcollante al letto dei nostri feriti di guerra, i curanti dei quali ne chiedessero il consulto.

Ha voluto restituire alla collettività tutto quello che costituiva il prodotto tangibile della sua attività professionale. Una preziosa e varia raccolta artistica che arredava a profusione la sua casa e che Egli aveva impiegato tempo e cure infinite a mettere assieme, della quale era quasi più superbo che della sua Clinica, che costituiva uno dei suoi maggiori godimenti intellettuali, il Ceci lascia alle città di Pisa e di Ascoli Piceno onde sia esposta in pubblici musei, mentre alla Università di Pisa dona la sua ricca biblioteca ed all'ospedale di Ascoli il suo splendido armamentario chirurgico.

Gentilezza anche dell'ultimo pensiero: contribuire ad educare dopo morto al culto del bello, del buono, del vero!

G. F.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1920 - Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, *ed. resp.*

Anno XXVII Roma, 27 Settembre 1920 Fasc. 39.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

Istituto d'Igiene — **Direttore: Prof. D. Ottolenghi**
Clinica delle malattie nervose — **Direttore: Prof. O. Fragnito**
della R. Università di Siena.

Sull'eziologia dell'encefalite letargica.

D. OTTOLENGHI, S. D'ANTONA e F. TONIETTI.

NOTA RIASSUNTIVA.

Le indagini sperimentali sull'encefalite letargica si sono andate notevolmente completando in questi ultimi tempi e hanno condotto a una serie di constatazioni assai interessanti e, ciò che pure importa, spesso concordanti.

Vi è ormai infatti ragione di ritenere come sufficientemente dimostrato, che si tratta di un'entità morbosa abbastanza ben definita anche sotto il riguardo eziologico, dovuta a un virus filtrabile e probabilmente coltivabile, patogeno per diversi animali d'esperimento, e verosimilmente capace di provocare vere e proprie epidemie, sebbene non si sappia con sicurezza che finora ciò sia accaduto, almeno in questi ultimi due anni, da quando cioè la malattia è stata sufficientemente definita anche sotto il riguardo clinico (*).

(*) Fa eccezione forse l'infezione multipla, che potrebbe essere stata una vera piccola epi-

La filtrabilità fu riconosciuta per la prima volta, nel maggio (2) e nel novembre (3) dell'anno passato, da Löwe, Hirshfeld e Strauss, e confermata poi da Mac Intosh e Turnbull, da Levaditi e Harvier (4) e dal Bastai (5). Le osservazioni di Löwe e dei suoi collaboratori hanno però questo di particolare, che, oltre dimostrare la filtrabilità del virus contenuto nella sede stessa dell'infezione, e cioè nell'encefalo dei malati, hanno pure (6) posto subito in chiaro la sua presenza nella mucosa del rinofaringe, sia dell'uomo malato e sia dell'animale infettato sperimentalmente. Questa constatazione ha indubbiamente grande importanza per l'epidemiologia, sopratutto se la si mette in relazione con le esperienze eseguite da noi — di cui diremo a momenti — e confermate da Bastai e da Levaditi e Harvier sul passaggio del virus a traverso la mucosa delle cavità nasali, poichè indica chiaramente che la possibilità della diffusione dell'encefalite dai malati ai sani esiste e che, se questa finora non è stata riconosciuta se non eccezionalmente, ciò può dipendere da circostanze speciali, anche metereologiche, che valgano a favorire o meno la conservazione dei virus trasmessi sopratutto per l'aria, come accade per la meningite cerebro-spinale e per la poliomielite epidemica; oppure può essere più apparente che reale. Noi non sappiamo infatti se sono state molto o poco frequenti le infezioni leggiere e passate inosservate: e sono appunto queste infezioni leggiere che costituiscono talvolta gli anelli di congiunzione e formano come il substrato di non poche epidemie. Certo è che da quando la sintomatologia di questa malattia è meglio conosciuta, si moltiplicano i ricordi e le osservazioni di casi leggieri. Infine non va dimenticato che la stessa trasmissione dovrebbe essere un po' condizionata all'esistenza o all'assenza di uno stato irritativo della mucosa delle prime vie aeree e del rinofaringe nello stesso malato, per cui sia sufficientemente abbondante il secreto infetto e ne sia pure agevolata l'espulsione con il catarro e con i colpi di tosse e con gli sternuti. E forse nell'assenza di cotesti fenomeni infiammatori segnalata spesso dai clinici, sta la ragione della scarsa diffusibilità dell'encefalite durante la ripresa di quest'anno.

Sulla morfologia e sulla coltivabilità di questo virus abbiamo già numerosi reperti, ma poco concordanti, che si possono classificare in due gruppi. Da un lato stanno osservazioni in armonia con la filtrabilità del virus, riguardanti germi coltivabili solo in condizioni molto speciali, e di solito con il metodo Noguchi, molto piccoli e filtrabili, per filtro Berkefeld e talora anche per filtro Chamberland. A questo gruppo appartengono il germe descritto dagli Autori americani già citati, e che essi asseriscono aver isolato nel 50 % dei liquidi cefalo-rachidiani e nel 64 % dei liquidi di lavaggio del rinofaringe dei malati, e poi l'altro germe coltivato dal Bastai da filtrati di cervello umano encefalitico e da sostanza cerebrale di gatto infetto. Quest'ultimo germe non solo è filtrabile, ma determina nel gatto una malattia simile a quella provocata dall'innesto di cervello encefalitico: è anche virulento per la cavia e per il coniglio e si conserva bene in glicerina.

Un altro gruppo contiene invece germi appartenenti ai cocchi, più spesso diplococchi o streptodiplococchi, talvolta stafilococchi o tetrageni, che resistono al Gram, sono più o meno virulenti per il coniglio e per la cavia, abbastanza ben coltivabili nei comuni terreni, in aerobiosi e in anaerobiosi, meglio però in presenza di sangue e dopo un certo periodo di adattamento. E qui deve essere annoverato anzitutto lo streptococco pleomorfo di v. Wiesner (7), il diplococco isolato da Maggiora e dai suoi allievi (8), e poi molti altri stipiti più o meno simili descritti da Gabri, Boccolari (9), Colombo (10), Orlandi (11), Paleani (12), House (13), Morse e Crump (14), Pisani e Varisco (15), ecc., ecc.

Quale relazione abbiano questi cocchi (*) e anche i germi coccoidi filtranti con l'encefalite non si può ancora dire con sicurezza, sebbene questi ultimi, appunto per la loro filtrabilità tengano giustamente un posto a sè. Ma quanto si sa finora non è decisivo, forse sopratutto perchè è ancora assai incompleto lo studio biologico e immunologico dei varî microbi isolati e della stessa malattia. Basti ricordare

---

demia. descritta da MacIntosh e Turnbull (1) e occorsa a Derby in un pensionato abitato da 17 giovinette, per la maggior parte occupate in lavori di biancheria, e da tre direttrici. La malattia cominciò il 14 agosto 1919 con 2 casi, cui ne seguirono 10 nei 5 giorni successivi, di cui 4 mortali in ragazze di 17-18 anni, che non avevano sofferto d'influenza ed erano in ottime condizioni generali. Il decorso più lieve si osservò nelle direttrici che avevano 30, 34 e 56 anni.

(*) È interessante notare che in una malattia, la quale ha più di una analogia con l'encefalite letargica, e cioè, nella malattia di Borna, o meningoencefalite enzootica del cavallo, Kraus, Kantor e Quiroza hanno recentemente isolato un diplococco, che sarebbe il vero agente dell'infezione ed è patogeno per il coniglio oltre che per il cavallo. (Rif. in *Journ. of Am. Med. Ass.*, 1920, 24 aprile, pag. 1199).

che persino le prove di agglutinazione e di deviazione del complemento praticate fin qui sono riuscite di regola dubbie o negative, eccezione fatta per il diplococco studiato da Maggiora che era agglutinato regolarmente dai sieri dei malati presi in esame. Onde, quando si voglia ammettere che almeno alcuno dei batteri coltivati nei casi di encefalite e saggiati con l'agglutinazione ne sia la causa, o vi abbia qualche stretta relazione, bisognerebbe concludere o che la produzione delle agglutinine non è costante oppure che la ricerca di esse è fruttuosa solamente in determinati momenti della malattia: ipotesi ambedue accettabili, se si tien conto di quanto già conosciamo per altri germi e del numero relativamente scarso dei casi ben studiati di encefalite.

Un punto invece già abbastanza chiarito è quello relativo alla trasmissibilità dell'infezione negli animali. Non solo le scimmie, anche inferiori, ma pure i conigli e le cavie sono sensibili al virus e ne muoiono con sufficiente regolarità rendendo così assai più semplice lo studio sperimentale di questa malattia.

La trasmissibilità alla scimmia, come già si accennò, fu dimostrata per la prima volta da Löwe e dai suoi collaboratori, quindi da Mac Intosh e Turnbull e, con maggior precisione, da Levaditi e Harvier. La recettività del coniglio fu pure riconosciuta da Löwe e da Levaditi, mentre quella della cavia fu resa nota da Maggiora e quella del gatto da Bastai.

Ricordiamo infine che, ispirandosi alle note osservazioni sulla sopravvivenza di un virus non molto dissimile — il virus poliomielitico — nella glicerina, Löwe, Hirshfeld e Strauss hanno saggiato la conservabilità nello stesso mezzo del virus encefalitico (sostanza cerebrale) e l'hanno trovata, almeno in queste prime prove, abbastanza rilevante (almeno due mesi). Levaditi e Harvier hanno però cura di avvertire che fra i due virus non vi può essere stretta parentela, perchè il virus poliomielitico infetta le scimmie catarrine e il virus encefalitico non vi riesce, e che viceversa quest'ultimo è patogeno per il coniglio mentre il primo non lo è. Ma, veramente, è ormai noto da tempo (e uno di noi lo dimostrò anche per il virus della paralisi di Landry (16), affine se non identico alla poliomielite) che il virus poliomielitico è capace di attaccare il coniglio; e, d'altro lato, è forse prematuro asserire che il virus encefalitico non è patogeno per le scimmie catarrine; i casi negativi degli autori francesi possono anche dipendere da scarsa virulenza del materiale, di cui disponevano. Ma è vero che recentemente essi hanno ottenuto l'attecchimento del virus poliomielitico in un cinomolgo, trattato prima ripetutamente con virus encefalitico, sicchè l'asserita differenza tra questi due virus — ammessa, del resto, da molti clinici anche per varie altre considerazioni — pare ora meglio fondata.

Questo, sommariamente, lo stato attuale delle conoscenze intorno all'eziologia e all'epidemiologia dell'encefalite: ad esse abbiamo cercato di recare qualche contributo con una serie di esperienze, iniziate verso la metà di gennaio e che, nelle parti già compiute, riassumeremo qui brevemente.

Finora abbiamo preso in esame 13 casi (*), ma non abbiamo mai potuto disporre di materiale cadaverico, non essendo venuto a morte nessuno di essi, ad eccezione di uno, restato per breve tempo ricoverato in Clinica e il cui cadavere non fu potuto sezionare. I nostri casi si devono pertanto considerare, con molta probabilità, come relativamente leggeri; e di essi dovemmo restringerci a studiare il sangue, il liquido cefalo-rachidiano e il secreto nasofaringeo, usando questi materiali per innesto negli animali, che furono principalmente le cavie, e per saggi colturali in svariati mezzi nutrizî, in aerobiosi e in anaerobiosi, e secondo il procedimento Noguchi.

Per maggior comodità e chiarezza riferiremo i risultati, raggruppandoli a seconda dell'argomento

I. *Trasmissibilità negli animali* — Fin dalle prime ricerche di questo gennaio abbiamo potuto riconoscere che il sangue — almeno durante il periodo febbrile — e assai meglio il liquido cefalo-rachidiano di encefalitici sono patogeni per la cavia, tanto per innesto subdurale e intracerebrale, quanto, ma forse meno sicuramente, per inoculazione endoperitoneale. Verso i virus di cui disponemmo i conigli, in genere, si sono mostrati assai poco recettivi; ma si tratta di un numero assai limitato di prove, sicchè non si può parlare di contraddizione con i reperti raccolti dagli autori americani, che ottennero invece assai facilmente l'infezione del coniglio: 75 per cento di casi positivi col liquido cerebro-spinale, e 78 per cento col muco naso-faringeo filtrato. Piuttosto è singolare che i precedenti autori abbiano ricorso raramente alla cavia, salvo il Maggiora, e, dopo di noi, Levaditi e Harvier.

Nella cavia abbiamo ottenuto per i primi la trasmissione in serie della malattia mediante

(*) Di questi 13 malati, uno apparteneva alla Clinica medica generale, e di esso ebbimo, per cortesia del direttore, prof. V. Patella, il liquido cefalo-rachidiano, 9 erano ricoverati nella Clinica delle malattie nervose, e 3 appartenevano alla clientela privata.

l'innesto di materiale dell'encefalo, sia tal quale lo si ricavava dalla sezione, sia dopo filtrazione per Berkefeld. Per quest'ultimo scopo la sostanza nervosa veniva prima macinata finemente con soluzione di cloruro e di citrato sodico, poi centrifugata a lungo e poi sottoposta alla filtrazione con tutte le opportune cautele, anche per giudicare della bontà del filtro. Dalle cavie che morirono in seguito all'innesto di materiale filtrato fu prelevato nuovamente il cervello per altri innesti in serie, onde controllare se la causa della morte era realmente il virus encefalitico. E abbiamo creduto di dover insistere su questi innesti di controllo, perchè era l'unico criterio abbastanza sicuro per giudicare della causa della morte: invero anche l'esame istologico dell'encefalo suol essere — almeno nella cavia — assai poco istruttivo, non rivelando che iperemia, raramente emorragie, e degenerazioni delle cellule nervose.

Fino ad ora abbiamo due virus che hanno subìto, rispettivamente, il XII e l'VIII passaggio; altri solamente il IV, il III, il II, anche perchè isolati più recentemente, oppure perchè abbandonati. La durata della malattia ha oscillato tra un minimo di 5 e un massimo di 35 giorni, aggirandosi prevalentemente intorno a una media di 15-20 giorni: l'esito è stato quasi costantemente la morte, poichè su 215 cavie innestate, 13 solamente hanno sopravvissuto.

In questo numero sono compresi anche gli animali inoculati con acqua di lavaggio del rino-faringe in due casi tipici di encefalite, filtrata per Berkefeld. Le cavie così trattate morirono tra un minimo di 6 e un massimo di 21 giorni, e il loro cervello si dimostrò virulento per altri animali.

Essendoci riuscito finora impossibile disporre di qualche scimmia per questi esperimenti, ci siamo dovuti limitare, oltre che alle prove nelle cavie e nei conigli, a poche altre nel gatto, nella pecora e nell'oca. I gatti che erano stati riconosciuti assai adatti dal Bastai, non ottenendosi però — almeno finora — la trasmissione in serie della infezione, a noi non corrisposero altrettanto bene, perchè di tre gatti inoculati entro il cervello con virus di cavia attivo, uno solo ammalò dopo alcuni giorni di incubazione, presentando una sonnolenza abbastanza spiccata. Questo fu sacrificato quando accennava a migliorare un po' e col suo cervello vennero inoculate due cavie, che morirono l'una dopo 11 e l'altra dopo ventitre giorni.

La pecora non reagì all'innesto, che era stato tentato per analogia a quanto riferiscono Burton Cleland e Campbell (17) intorno a una epidemia di encefalo-mielite in Australia, nella quale fu possibile la trasmissione dell'infezione al cavallo, al vitello, alla scimmia e anche alla pecora.

Neppure l'oca, esperimentata anch'essa per speciali considerazioni, si mostrò recettiva.

II. *Infezione per la mucosa nasale.* — Già al principio delle nostre ricerche ci era parso assai importante riconoscere se la mucosa delle cavità nasali o, in genere, del rino-faringe fosse adatta all'attecchimento di questo virus e si potesse così svelare almeno una delle vie di introduzione naturali di esse nell'organismo. Una prima prova, in cui alcune gocce di liquido cefalo-rachidiano di un caso tipico di encefalite vennero fatte cadere nelle narici di una cavia, risultò chiaramente positivo. Altri esperimenti successivi, per stabilire se la causa della morte in cotesto caso era da attribuirsi veramente al virus in istudio e se l'infezione della cavia per la via del naso fosse abbastanza sicura, ebbero esito egualmente positivo. Naturalmente non si può escludere in modo assoluto che un po' del materiale istillato nelle narici abbia finito per arrivare, non solo nel faringe e nel retrobocca — il che dal punto di vista epidemiologico che stiamo trattando non ha speciale importanza — ma anche addirittura nell'intestino, e ci riserviamo di esaminare la possibilità dell'infezione strettamente per questa via: è certo però che lasciando cadere poche goccie di liquido sulle narici della cavia in modo che vi penetrassero da sè adagio adagio, per gravità, pare assai probabile che il liquido stesso resti assai a lungo e forse definitivamente nel naso.

Aggiungiamo subito che l'infezione per la via nasale fu ottenuta anche con acqua da lavaggio del rino-faringe di un encefalitico, filtrata per Berkefeld.

III. *Le ricerche colturali* sul sangue, sul liquido cefalo-rachidiano e sulle acque di lavaggio del rino-faringe di malati, e sul cervello, sul sangue e su vari organi degli animali morti in seguito a innesto di virus encefalitico, e anche su vari di questi materiali previamente filtrati, non hanno condotto ancora a nessuna conclusione precisa.

In una delle nostre prime esperienze ci fu possibile isolare dal cervello di cavia infetta un piccolo strepto-diplococco, che, nell'insieme dei suoi caratteri, assomiglia allo *Streptococcus Pleomorphus*, trovato per la prima volta da v. Wiesner in una scimmia morta per innesto di materiale cerebrale di un encefalitico

e da lui ritenuto agente della malattia (*). In seguito però cotesto germe non fu più ritrovato: e parimenti negative, almeno finora — come vediamo essere accaduto a Levaditi e Harvier e ad altri — sono riuscite le prove di coltura alla Noguchi.

Per quanto riguarda le proprietà del diplococco isolato da noi, basterà accennare che è assai piccolo, resistente al Gram, anaerobio facoltativo, che si sviluppa bene nel liquido ascitico alla Noguchi — e fu appunto da una di queste colture che venne isolato — stentatamente nell'agar brodo ordinarî, meglio nei mezzi addizionati di sangue o di siero, non è emolitico, è patogeno per la cavia che muore in 6-7 giorni per innesto endoperitoneale, poco per il coniglio e punto per il gatto, almeno nella unica prova fatta fin qui. Ma ci riserviamo di parlare di tutto ciò più ampiamente appena saranno compiute le osservazioni in corso, limitandoci per ora ad aggiungere qualche parola intorno alle prove di agglutinazione. Esse vennero eseguite con i sieri di 6 pazienti, in diverso periodo della malattia (da una settimana a circa 2 mesi) e in varia diluizione, cominciando dall'1:25. Le colture adoperate furono prima quelle sull'agar; ma, dato lo scarso sviluppo del germe su questo mezzo, si ricorse poi alle colture in brodo che sono abbastanza abbondanti e uniformemente torbide. I risultati furono tutti negativi.

IV. *Il virus encefalitico* nel liquido cerebrospinale dei malati ha una buona resistenza all'invecchiamento; p. es., un campione tenuto in una comune provetta a pochi gradi sopra zero, era ancora attivo dopo 12 giorni. Nel cervello di cavia macinato e diluito con soluzione fisiologica dura almeno un paio di giorni; in pezzi di cervello di cavia tenuti in glicerina al 50 per cento in ghiacciaia, è risultato anche a noi assai resistente, poichè abbiamo esperienze positive d'innesto nella cavia con materiale conservato in tali condizioni per 40 e 47 giorni. E' un virus pertanto che, almeno sotto questo riguardo, presenta un'interessante analogia col virus vaioloso, rabido, poliomielitico, della peste aviaria, ecc.

V. Dal punto di vista clinico e anatomo-patologico l'infezione della cavia non offre particolari molto interessanti. Abbiamo notato più di una volta, ma non sempre, un certo stato di sonnolenza e di torpore; e, all'autopsia, abbiamo rilevato come unico carattere costante intensa iperemia di tutto l'encefalo. I diversi visceri sono invece di solito intatti: eccezionalmente si osserva congestione del fegato, delle capsule surrenali e del rene.

Anche le indagini istologiche ebbero scarsi risultati, poichè le lesioni più comuni furono: iperemia intensa, alcune emorragie e qua e là gruppi di cellule nervose in vario stadio di alterazione, ma mancarono gli estesi focolai di infiltrazione vasale, che rappresentano uno dei reperti più caratteristici dell'encefalite dell'uomo e, a quanto pare, nella scimmia e nel coniglio. Peraltro è opportuno notare che, per mancanza di tempo, queste ricerche istologiche sono state finora molto limitate, onde potrebbe darsi che esami più accurati fossero anche più fruttuosi; e che d'altra parte, secondo quanto è stato rilevato recentemente da Levaditi e Harvier, anche nel coniglio, quando il virus appare un po' attenuato, le lesioni istologiche possono presentarsi assai modeste.

Accenneremo infine come in varî gruppi di cellule nervose della corteccia cerebrale e del mesencefalo si trovano dei granuli endocellulari acidofili, ordinariamente unici o a gruppi di pochi, di grandezza variabile, tondeggianti o un po' ovoidi, tingibili bene col metodo di Mann. Ci siamo però dovuti persuadere che essi sono presenti — non sappiamo se in egual numero — anche negli animali normali; e se ne facciamo parola, è specialmente perchè non ci pare che finora essi siano stati descritti da altri. Granuli perfettamente simili abbiamo trovati nelle cellule nervose di un caso probabile di encefalite nell'uomo e di un caso accertato: in quest'ultimo anzi essi erano particolarmente numerosi, tanto da riempire quasi completamente le cellule, nel *locus coeruleus* e nelle vicinanze di esso. Quest'ultimo reperto richiama alla mente le osservazioni di Da Fano e Ingleby (18) — non interamente confermato da Miller (19) — circa la comparsa, nelle cellule nervose, ma anche fuori di esse ed entro i fagociti, di granulazione di varia grandezza, che si tingono in bruno col metodo di Bielschowsky, in bleu col bleu di toluidina e in verde cupo con il liquido di Giemsa.

Questi autori hanno trovato pure nelle cellule nervose dei corpuscoli ovali o rotondi, grandi quanto la metà di un globulo rosso, che usando una colorazione combinata di liquido di Giemsa e di bleu di toluidina, si tingono in bluastro, e che, se si trovano insieme ai granuli descritti prima, ne presentano uno al centro.

(*) Questo streptococco fu ritrovato, nell'attuale epidemia, da v. Wiesner in cinque cadaveri di encefalitici, e pare anche da Deutsch nelle cavità nasali di un malato all'inizio dell'infezione. (Rif. da Economo, *Wiener Klin. Woch.*, 1920, n. 16-17).

Ma quale sia l'importanza di questi particolari, come della recente osservazione di Volpino e Desderi (20) sulla presenza di elementi assai simili se non identici ai corpi amilacei — così comuni in tante svariate affezioni del sistema nervoso — è prematuro discutere.

CONCLUSIONI.

1° Dalle nostre ricerche è risultato anzitutto che, in accordo con le osservazioni di Maggiora e dei suoi collaboratori, nel liquido cefalo-rachidiano e anche nel sangue dei malati di encefalite letargica è presente con notevole costanza, un virus capace di infettare la cavia, quasi a colpo sicuro, sia per innesto endocerebrale che intraperitoneale.

2° Questo virus che a noi si è mostrato capace di passare attraverso il filtro Berkefeld e di conservarsi bene in glicerina al 50 %; è pure abbastanza resistente se abbandonato a sè.

3° L'infezione della cavia è trasmissibile in serie.

4° Dal punto di vista epidemiologico, è notevole che tanto il liquido cefalo-rachidiano quanto l'acqua di lavaggio del rinofaringe dei malati, filtrata per Berkefeld, sono virulenti, almeno per la cavia, anche se semplicemente instillati nelle narici. Levaditi e Harvier, eseguendo esperienze analoghe nel coniglio, hanno però prodotto l'infezione per la via nasale solo se la mucosa era stata prima scarificata. Questo diverso comportamento tra cavia e coniglio può dipendere da una maggiore resistenza della mucosa nasale del coniglio, e lascia qualche incertezza sulla recettività dell'uomo al virus encefalitico per la via nasale. Anche l'uomo invero, come il coniglio, potrebbe possedere nella mucosa normale un'eccellente barriera contro l'invasione del virus encefalitico. Così si spiegherebbe pure la non facile diffusione della malattia.

5° È stata confermata l'osservazione di Bastai, che il gatto è recettivo per il virus encefalitico e presenta sintomi clinici specialmente di sonnolenza, simili a quelli dell'uomo. Noi abbiamo trovato pure che la sostanza cerebrale del gatto infetto, prelevata verosimilmente verso la risoluzione della malattia, è virulenta per la cavia.

6° Le indagini batteriologiche in tutti i campioni di liquido cefalo-rachidiano e di sangue provenienti dai malati, e in moltissimi animali, che soccombettero all'infezione, sono risultate completamente negative, ad eccezione di qualche reperto banale dovuto a inquinamento e di un caso, in cui fu isolato uno strepto-diplococco simile a quello descritto da v. Wiesner. Tutto ciò non vale a contraddire i risultati positivi avuti da altri, ma deve essere messo a fianco dei tentativi ugualmente infruttuosi fatti da diversi sperimentatori e, nel caso nostro può forse significare o che il virus encefalitico propriamente detto non è identificabile ai germi finora descritti in questa malattia oppure che la sua coltivabilità è funzione della sua virulenza, sicchè i virus più deboli — e a questi pare di dover assegnare i nostri per le ragioni già dette — siano anche quelli che meno facilmente riescono a vivere e a moltiplicarsi nelle colture.

BIBLIOGRAFIA.

1. J. McINTOS e H. M. TURNBULL. British Journ. of exp. Path., 1920, aprile.
2. L. LOEWE. S. HIRSHFELD e I. STRAUSS. New York med. Journ., 3 maggio 1919, pagina 772.
3. L. LOEVE, S. HIRSHFELD e I. STRAUSS. Journ. of inf. Dis., 1919 novembre, pag. 378.
4. C. LEVADITI e P. HARVIER. C. R. Soc. Biologie, 1920, 20 e 27 marzo e 8 maggio.
5. P. BASTAI. Riv. critica di Clin. medica, 1920, 25 aprile e comunicazione verbale.
6. L. LOEWE e P. STRAUSS. Journ. of Am. Med. Ass. 1920, 15 maggio.
7. R. v. WIESNER. Wiener klin. Woch., 1918, n. 41.
8. A. MAGGIORA, M. MANTOVANI e A. TOMBOLATO. Policlinico, Sezione Pratica, 1920, n. 1, e Boll. Istit. Sierot. Milanese, aprile 1920.
9. GABRI e BOCCOLARI. Policlinico, Sezione pratica, 1920, n. 4.
10. R. ORLANDI. Riforma medica, 1920, pag. 207.
11. F. COLOMBO. Boll. Istit. Sierot. Milanese, aprile 1920.
12. O. PALEANI. Riforma medica, 1920, pag. 486.
13. S. H. HOUSE. Journ. of Am. med. Ass., 1920, 27 marzo.
14. P. F. MORSE e F. S. CRUMP. Rif. in Journ. of Am. med. Ass. 1920, pag. 915.
15. PISANI e VARISCO. Riv. critica di Clin. medica, 1920, 25 aprile.
16. D. OTTOLENGHI. Igiene moderna, 1917, n. 10.
17. J. BOURTON CLELAND e A. W. CAMPBELL. Rif. in Lancet, 1920, 24 gennaio. pag. 204.
18. C. DA FANO e H. INGLEBY. Proceed. of Pathol., pag. 42.
19. J. MILLER in BRAWER e MILLER. Lancet, 1920, 29 maggio.
20. C. VOLPINO e P. DESDERI. Annali d'Igiene, 1920, n. 2.

CASISTICA ANATOMO-PATOLOGICA

R. ISTITUTO DI ANATOMIA PATOLOGICA, ROMA
(Sen. prof. E. MARCHIAFAVA).

Sopra un caso di mielite acutissima.

Nota del dott. L. SCHIBONI, assistente
e libero docente.

Nella recente epidemia di encefalite epidemica che è spenta in Roma, ma serpeggia ancora nel Lazio e nell'Umbria, e che ha richiamato l'attenzione di molti studiosi, tra i quali ricordo Bignami, Nazari, Ascoli, De Sanctis, Bompiani e Schiboni, Marcora, Carducci, Giannelli, Mingazzini, Marchiafava, è occorso di osservare qualche caso con localizzazione esclusivamente spinale nel quale si è verificata la sindrome della paralisi spinale acuta ascendente.

È oramai noto che alle lesioni tipiche nella regione dell'istmo dell'encefalo caratteristiche del reperto anatomo-patologico della encefalite epidemica, si accompagnano lesioni simili diffuse nel midollo spinale, sia della sostanza grigia che della sostanza bianca, che a volte predominano di intensità e di estensione su quelle cerebrali, le quali ultime tuttavia nei casi sino ad ora studiati risultano costanti.

Le alterazioni istopatologiche che si riscontrano all'esame del sistema nervoso centrale nei casi di encefalite epidemica consistono essenzialmente: 1° In infiltrati parvicellulari localizzati attorno a vasi venosi di medio e di piccolo calibro; in cumuli circoscritti di infiltrazioni cellulari infiammatorie nel tessuto nervoso, non in rapporto con vasi sanguigni; e in infiltrati della stessa natura, ma diffusi; 2° nelle alterazioni degli elementi nervosi.

I manicotti perivasali possono essere formati da uno o da più strati di cellule disposte al di sotto dell'endotelio, che nei casi gravi appare anche esso alterato (Bignami). Gli elementi cellulari che compongono gli infiltrati suddetti sono elementi linfocitoidi, fibroblasti, poliblasti, eosinofili, plasmacellule (Marinesco). Attorno ai vasi più piccoli trovansi quasi solo queste ultime. In rapporto con gli infiltrati perivasali notansi, all'intorno, emorragie microscopiche. Secondo alcuni AA. esse avvengono per rottura delle pareti dei vasi infiltrati, secondo altri (Ekonomo) attraverso la parete vasale divenuta più permeabile. Bignami, che considera invece la lesione vasale del processo encefalitico come la primitiva e precipua lesione, interpreta il processo come dovuto alla formazione di infarti trombotici con necrosi del tessuto circostante al vaso e infiltrazione emorragica partente dai vasellini vicini.

Gli infiltrati perivasali trovansi più numerosi nella sostanza grigia, ma accompagnano i tronchi sanguigni anche nel loro decorso nella sostanza bianca.

Infiltrati perivasali, noduli d'infiltrazione circoscritti, e infiltrazione parvicellulare diffusa, trovansi localizzati precipuamente — nell'asse cerebro-spinale dei soggetti venuti a morte acutamente per encefalite epidemica — nella regione dei peduncoli cerebrali, nel grigio pericavitario attorno all'acquedotto del Silvio, e sul pavimento del 4° ventricolo: si ritrovano meno intensi anteriormente negli strati intraventricolari del talamo ottico, nel polo posteriore del nucleo caudato, e nel polo anteriore del nucleo lenticolare; in basso si spingono fino alla parte inferiore del bulbo; ma in alcuni casi anche su tutta l'estensione del midollo.

Le alterazioni a carico degli elementi nervosi furono trovate da Pierre Marie particolarmente spiccate nella regione della substantia nigra di Sömmering dove le grandi cellule pigmentate erano in gran parte scomparse, ridotte di volume, o rappresentate da scarsi blocchi di pigmento. Nelle cellule rimaste possono notarsi le più gravi alterazioni, dallo spostamento periferico del nucleo alla cromatolisi, alla degenerazione granulosa, e alla degenerazione ialina acuta. I cilindrassi di tali elementi presentano alterazioni manifeste, come varicosità, rigonfiamenti fusiformi, formazione di rosette.

Lesioni cellulari meno gravi furono riscontrate nei nuclei dell'oculo-motore comune, lesioni dei singoli elementi cellulari e non di tutti contemporaneamente quelli appartenenti a un dato gruppo (ciò che spiega, il carattere parcellare, disseminato, migratorio delle paralisi oculari). I filamenti in preda alla degenerazione secondaria walleiana.

Possono essere colpiti anche i nuclei del V, VI e VII paio.

Un'alterazione caratteristica, e da von Ekonomo ritenuta patognomonica dell'encefalite epidemica è la neuronofagia, della quale il detto autore afferma l'esistenza in piccoli focolai in tutto l'asse nervoso centrale, perfino nel midollo spinale.

Più particolarmente a carico della corteccia cerebrale e cerebellare potrebbero riscontrarsi, secondo gli AA. francesi, infiltrazioni leucocitarie perivascolari disseminate.

Le leptomeningi cerebrali presentano, secondo Ekonomo, infiltrazioni assai modiche, o rappresentate da pochi elementi sparsi tra le lamelle rallentate dell'aracnoide, o raccolti attorno ai vasi. Secondo lo stesso A. le leptomeningi spinali non presentano alterazioni.

A carico del midollo, al riguardo del quale sembra non venisse richiamata l'attenzione dei primi osservatori, trovansi in molto varia misura e intensità, nei differenti casi, le stesse alterazioni riscontrate nel mesencefalo e cioè infiltrati perivascolari manifesti nella sostanza grigia e bianca di esso, piccoli focolai di infiltrati interstiziali, focolai di neuronofagia (Ekonomo) e alterazioni a carico delle cellule nervose distribuite irregolarmente per altezza e per estensione nel grigio midollare, consistenti in fenomeni di tigrolisi, vacuolizzazione e scomparsa degli elementi stessi.

Al di fuori dell'asse cerebro-spinale furono esaminati da alcuni AA. i gangli spinali, che si dimostrarono esenti dalle caratteristiche infiltrazioni perivascolari, pur presentando lesioni di carattere acuto, simili, se pur meno intense di quelle riscontrate a carico delle cellule nervose nell'asse (Schiboni, Bompiani).

Nel maggio u. s. Bompiani e Schiboni comunicarono alla R. Accademia Medica di Roma i risultati di molteplici osservazioni dirette a stabilire quali alterazioni si riscontrassero, in casi di encefalite epidemica, nei muscoli retti addominali e in quelli delle eminenze tenar e ipotenar, in rapporto al « dimagramento rapido » rilevato clinicamente e in rapporto a « clonie » intense e di lunga durata quali fu dato osservare nell'ultima epidemia di encefalite dell'inverno decorso in Roma.

L'aspetto macroscopico dei muscoli tolti dal cadavere faceva presagire talvolta l'esistenza di alterazioni strutturali, per il pallore, la consistenza flaccida dei fascetti.

L'esame istologico fece rilevare, accanto a una diminuzione del numero e del volume delle fibre, un aumento dei nuclei; aumento del connettivo interfibrillare; e qua e là un aumento delle cellule grassose nel perinervio interno. Complessivamente detti AA. ritengono che il processo possa interpretarsi come un'atrofia semplice, laddove l'aumento apparente dei nuclei sia da ripetersi dall'accorciamento e dal restringimento dell'asse delle fibre muscolari colpite da atrofia.

***

Lo studio anatomo-patologico non vale da solo a dare esatta ragione delle cause del disordine funzionale. I dati forniti dallo studio anatomo-patologico indicano la sede e l'aspetto morfologico fondamentale, non la successione dei disordini funzionali, che anzi in alcuni casi la conoscenza di alterazioni anatomo-patologiche non molto aggiunge alla conoscenza di alterazioni funzionali di cui la causa ci è rivelata dall'esperimento. Così nell'avvelenamento da curaro, nel quale l'esperienza di Claude Bernard dimostrò l'alterazione delle placche motrici mentre nessuna lesione è apprezzabile all'esame anatomo-patologico. Solo in animali avvelenati cronicamente con il curaro sono state messe in evidenza alterazioni isto-patologiche delle placche motrici, senza che tali reperti aggiungano fatti fondamentali alle nostre conoscenze.

Nel maggio decorso ho potuto osservare un caso, che mi fu possibile utilizzare per la cortesia del prof. Pecori ispettore capo per la profilassi nel Comune di Roma, il cui studio mi è sembrato interessante a definir meglio la natura di alcune forme di mielite acuta ascendente a brevissimo decorso, che si manifestano in forma epidemica.

Si tratta di un giovane di anni 19, C. L. di nazionalità irlandese, alunno di un collegio in Roma dove dimorava da quattro anni.

Sino al 28 maggio aveva sempre goduto ottima salute. Da tal giorno, pur non sentendosi male, cominciò a soffrire di insonnia. Il 30 maggio si recò ad assistere ad una grandiosa cerimonia in San Pietro. Tornò a casa molto sudato e stanco, e non appena rientrato si sottopose ad una abbondante doccia d'acqua fredda. Da allora cominciò ad accusare dolori muscolari vaghi. Il 31 maggio fu preso da febbre elevata, a tipo continuo, pochissimo remittente (39°-39,5) ; comparve modica cefalea, i dolori muscolari si fecero più intensi e diffusi particolarmente agli arti inferiori. Il 1° giugno la temperatura si manteneva sempre elevata, i dolori sembravano diminuiti; ma il malato si avvide di non poter più muovere gli arti inferiori. All'E. O. si riscontrò: Faringe arrossata e l'ugola iperemica ed edematosa. Paraparesi flaccida degli arti inferiori. Non fu esplorata la sensibilità periferica cutanea e profonda. Nulla fu riscontrato a carico dei nervi cranici. Nessun disturbo esisteva della vescica e del retto.

Il 2 giugno lo stato del malato si mantenne invariato. Il polso radiale era frequente, ritmico, a pressione media non elevata. Respirazione regolare.

Il 3 giugno la temperatura scese a 38°; comparve paralisi dei muscoli del tronco, che impediva all'infermo di sollevarsi a sedere sul letto. La coscienza si manteneva perfettamente lucida. Non urinava. L'alvo era chiuso. Il respiro si fece leggermente frequente e comparve difficoltà nel deglutire. Seguivano ad ogni deglutizione spasmi esofagei e conati di vomito. Mentre in quel giorno stesso il malato parlava con gli astanti, la dispnea si fece più intensa e sopravvenne quasi improvvisamente la morte dopo appena quattro giorni di malattia.

L'autopsia fu praticata da me nella sala incisoria del cimitero al Verano. Riscontrai stato di denutrizione del cadavere; iperemia intensa delle fauci e della mucosa della faringe, della laringe e della trachea; iperemia passiva dei lobi inferiori di ambedue i polmoni. Il fegato, la milza, i reni apparivano congesti; il miocardio flaccido, il cuore dilatato. All'apertura del cranio e dello speco vertebrale la dura madre si dimostrava iperemica. Così le meningi molli. La corteccia cerebrale era iperemica, ma non la sostanza bianca, nè le formazioni grigie centrali. Nulla si riscontrava macroscopicamente alle sezioni della regione dell'istmo dell'encefalo praticate a livello delle eminenze bigemine.

Il midollo spinale appariva diminuito di consistenza specie in corrispondenza del tratto dorso-lombare. Macroscopicamente alla sezione non era evidente la distinzione delle formazioni grigie dalla sostanza bianca, particolarmente indistinti i limiti delle corna posteriori. Di più la sostanza midollare appariva intensamente iperemica e succulenta. Tale aspetto era maggiormente apprezzabile nel midollo dorsale, meno nel midollo lombare e cervicale dove la sostanza grigia, specie del corno anteriore di destra, si distingueva dalla sostanza bianca.

Furono prelevati pezzi del midollo spinale, della corteccia cerebrale, della regione circostante all'acquedotto di Silvio a livello delle eminenze bigemine. I pezzi furono fissati in formolo al 10 % e in alcool a 90°, successivamente inclusi in paraffina o direttamente sezionati al microtomo a congelazione. Le sezioni ottenute furono colorate con emotossilina e eosina, con il metodo di van Gieson e con il metodo di Nissl.

Lo studio dei preparati microscopici delle varie regioni del cervello non rilevò alcuna alterazione.

Nelle sezioni del midollo spinale, praticate in corrispondenza del tratto cervicale, non apparivano focolai di infiltrazione all'intorno dei vasi sanguigni arteriosi e venosi contenuti nei setti che dalla superficie interna della pia si approfondano nel tessuto midollare. Si riconosceva un grosso vaso arterioso, nello spessore della pia madre, nel quale rarissimi apparivano gli elementi di infiltrazione nella guaina avventiziale.

Il canale ependimale sembrava obliterato per proliferazione degli elementi della parete.

I vasi sanguigni, sia nella sostanza bianca che nella sostanza grigia, in tutta l'estensione del taglio del midollo, erano circondati da una ricca infiltrazione parvicellulare, che in alcuni vasi era a coroncina, in altri a manicotto, nello spessore dell'avventizia e della media sino immediatamente a contatto con l'endotelio dell'intima.

I focolai d'infiltrazione apparivano costituiti da piccole cellule mononucleate prevalentemente, da cellule con protoplasma abbondante, e nuclo fusiforme del tifo dei fibroblasti; da grosse cellule mononucleate con nucleo rotondeggiante eccentrico, con protoplasma abbondante, del tipo di cellule plasmatiche.

A carico della sostanza grigia delle corna posteriori, e più particolarmente di quelle anteriori, si riconosceva una intensa infiltrazione diffusa, costituita di elementi cellulari, che manteneva gli stessi caratteri morfologici degli elementi di infiltrazione perivasale. In corrispondenza delle corna anteriori nello spessore dell'infiltrato si osservavano focolai migliarici di necrosi, rappresentati da un detritus infarcito di globuli rossi in parte disfatti. In questi focolai apparivano scarsi anche gli elementi di infiltrazione.

Nei preparati colorati con il metodo di Nissl le cellule nervose, sia in corrispondenza delle corna anteriori che delle posteriori, prevalentemente delle prime, apparivano notevolmente rimpiccolite e gravemente alterate. Le alterazioni consistevano nella scomparsa in moltissime cellule delle zolle tigroidi; in altre il nucleo aveva assunto un aspetto rigonfio; in altre il nucleo e il nucleolo erano scomparsi e l'elemento cellulare era solo rappresentato dal protoplasma gravemente alterato, d'aspetto omogeneo.

Nel tratto dorsale del midollo spinale le alterazioni apparivano molto più estese e più gravi, sia in rapporto alla infiltrazione perivascolare sia in rapporto alla infiltrazione diffusa. Non si riconoscevano con facilità le formazioni grigie, specialmente per la scomparsa delle cellule nervose. Di queste alcune, gravemente alterate, residuavano in corrispondenza della base delle corna posteriori. Le alterazioni degli elementi cellulari nervosi apparivano le stesse descritte per il tratto cervicale del midollo spinale.

Anche nella regione dorsale i vasi sanguigni della pia madre non presentavano, o solo in minima misura, focolai di infiltrazione perivascolare; che però apparivano nei vasi contenuti nei setti che dalla faccia interna della pia penetrano nel midollo spinale.

A carico delle sezioni lombari del midollo si notò che i vasi sanguigni della pia madre si comportavano, rispetto all'infiltrazione, come è stato descritto per le altre regioni del midollo. Il canale contrale dell'ependima si riconosceva chiaramente. Le alterazioni della sostanza midollare apparivano meno gravi e meno estese

che in tutto il rimanente dell'asse spinale. Si riconoscevano tipici focolai di infiltrazione perivasale disseminati nella sostanza bianca e nella sostanza grigia, sempre prevalenti in corrispondenza delle corna anteriori, per quanto nel tratto antero-esterno delle corna stesse si osservassero numerose grandi cellule nervose abbastanza ben conservate, sia a destra che a sinistra.

Si riconoscevano anche elementi cellulari delle corna posteriori, spesso non molto alterati.

***

Pilotti pubblicò un caso nel decorso anno, che egli interpretò come di meningo-encefalomielo-nevrite acuta, riportandolo alla sindrome di Landry (paralisi ascendente o discendente acuta), osservato in un giovane di 16 anni. In questo caso esistevano lesioni del sistema nervoso centrale e dei nervi periferici. Lo studio clinico del malato, che rimase in vita per 15 giorni, mise in evidenza fatti di deficit insorti in primo tempo a carico degli arti inferiori, e in seguito del VI paio di nervi cranici, disturbi a carico della vescica e del retto. Successivamente comparve difficoltà nel deglutire, anisocoria, paresi bilaterale dei facciali, paresi degli arti superiori. La paresi degli arti era flaccida. La morte avvenne in sub-delirio con gravi disturbi respiratorii.

Particolarmente interessanti sono i dati forniti dall'esame microscopico del sistema nervoso centrale e periferico. Esisteva un processo d'infiltrazione perivasale, rappresentato da linfociti e plasmacellule, diffuso alle guaine linfatiche dei vasi sanguigni della leptomeninge cerebrale e spinale, molto più intensi in quest'ultima specie all'ingresso delle radici spinali sia anteriori che posteriori. Anche le radici spinali erano ricche di infiltrati interfascicolari e interfibrillari. Nel midollo i focolai di infiltrazione si ritrovavano nella sostanza bianca e nella grigia irregolarmente, con localizzazione evidente in corrispondenza delle corna anteriori, più abbondanti e numerosi nei segmenti lombo-sacrale e cervicale.

Le medesime alterazioni erano nel bulbo e nel ponte (sostanza grigia e bianca dell'istmo dell'encefalo).

Le cellule nervose apparivano diminuite di numero nella sostanza grigia cerebrale e spinale in alcuni punti; quasi tutte molto alterate, colpite da rigonfiamento torbido, con quella particolare formazione, nel nucleo, di pallottole più piccole del nucleolo, descritta da Pilotti nella malattia di Borna e da lui interpretata come fatto degenerativo a carico del nucleolo, da altri come prodotto di reazione alla penetrazione di parassiti (clamidozoi).

Nel caso da me osservato le alterazioni del midollo spinale sono in rapporto con la sindrome clinica, ad esse corrispondono i fenomeni di paresi dei muscoli degli arti inferiori e del tronco. Che anzi per la successione dei sintomi clinici e per lo studio delle alterazioni isto-patologiche è lecito ritenere che la primtiva localizzazione delle lesioni spinali sia avvenuta nel tratto dorsale, donde successivamente si è diffusa al tratto cervicale e lombare. Ciò si può ritenere sia per la gravità ed estensione maggiore delle alterazioni nel tratto dorsale, sia epr l'assenza di disturbi a carico della vescica e del retto nei primi tre giorni della malattia, che durò in tutto quattro giorni. Nel quarto giorno comparvero i disturbi della vescica e del retto a cui si aggiunse la sindrome bulbare, caratterizzata da fenomeni gravi a carico del vago, che fu causa della morte.

Lo studio anatomo-patologico del bulbo, che è risultato negativo, non ci dà ragione del disordine funzionale. Si può pensare che la medesima causa morbosa che determinò nel midollo spinale le lesioni anatomo-patologiche descritte, abbia agito sul bulbo, particolarmente sulle cellule nervose nucleari, determinando la morte dell'infermo, senza che il gravissimo disordine di funzione trovi riscontro in alterazioni apprezzabili allo studio anatomo-patologico.

***

Ho avuto occasione di studiare i preparati microscopici del caso di Pilotti, sia del midollo spinale che del cervello, del cervelletto, e dei nervi periferici e persuadermi che si tratta di una alterazione diffusa a tutto il sistema nervoso e non limitata a un solo tratto come si è verificato nel caso descritto da me. E mi sembra che in ambedue i casi le alterazioni anatomo-patologiche siano identiche, all'esame microscopico, a quelle caratteristiche dell'encefalite epidemica conosciuta più tardi della pubblicazione dello studio di Pilotti.

Ma nel caso di quest'ultimo le differenze apprezzabili consistono, per l'encefalite epidemica, nella diffusione degli infiltrati perivascolari non solo ai vasi venosi ma anche agli arteriosi, ed oltre che alle meningi al cervello, al cervelletto, al midollo spinale, anche alle radici spinali e ai nervi periferici. Nel caso studiato da me i focolai di infiltrazione perivascolari apparvero disseminati solamente nel midollo spinale, poichè negativo fu il reperto per l'encefalo, e solamente nei vasi venosi.

Pilotti riporta il suo caso alla malattia di Landry, pur rilevando che malgrado le estese ricerche su numerosi casi di tale malattia, sia dal punto di vista clinico che da quello anatomo-patologico, non si è giunti ad una concezione di essa sintetica e chiara.

Landry e successivamente Westphal negarono alla malattia ogni sustrato anatomico. Ed è a ritenere che alterazioni del tipo delle infiltrazioni perivascolari non sarebbero sfuggite a tali Autori anche disponendo di mezzi relativamente inadeguati; chè oggi varie malattie discusse per etiologia e patogenesi vengono ancora comprese nella sindrome di Landry.

Il caso descritto da Pilotti è diverso dai reperti caratteristici della encefalite epidemica, alla quale è molto simile il mio caso; ma le differenze sono di localizzazione nel sistema nervoso; il tipo istologico delle alterazioni è identico.

Si può pensare ad alterazioni provocate da gruppi distinti di germi patogeni sino ad ora sconosciuti ma molto simili tra loro. Infatti basta pensare alla identità delle alterazioni istopatologiche a carico del sistema nervoso che si riscontrano nel cimurro dei cani, nella malattia di Borna dei cavalli, nella encefalite epidemica, in varie forme di mielite acuta.

Nel caso illustrato da me vale anche il criterio epidemiologico perchè osservato sul declinare di una epidemia di encefalite in Roma.

NOTE E CONTRIBUTI.

GABINETTO BATTERIOLOGICO DI MAROSTICA
diretto dal dott. prof. LUNGHETTI BERNARDINO,
maggiore medico.

Nota sul valore delle vaccinazioni antitifiche praticate alle truppe combattenti

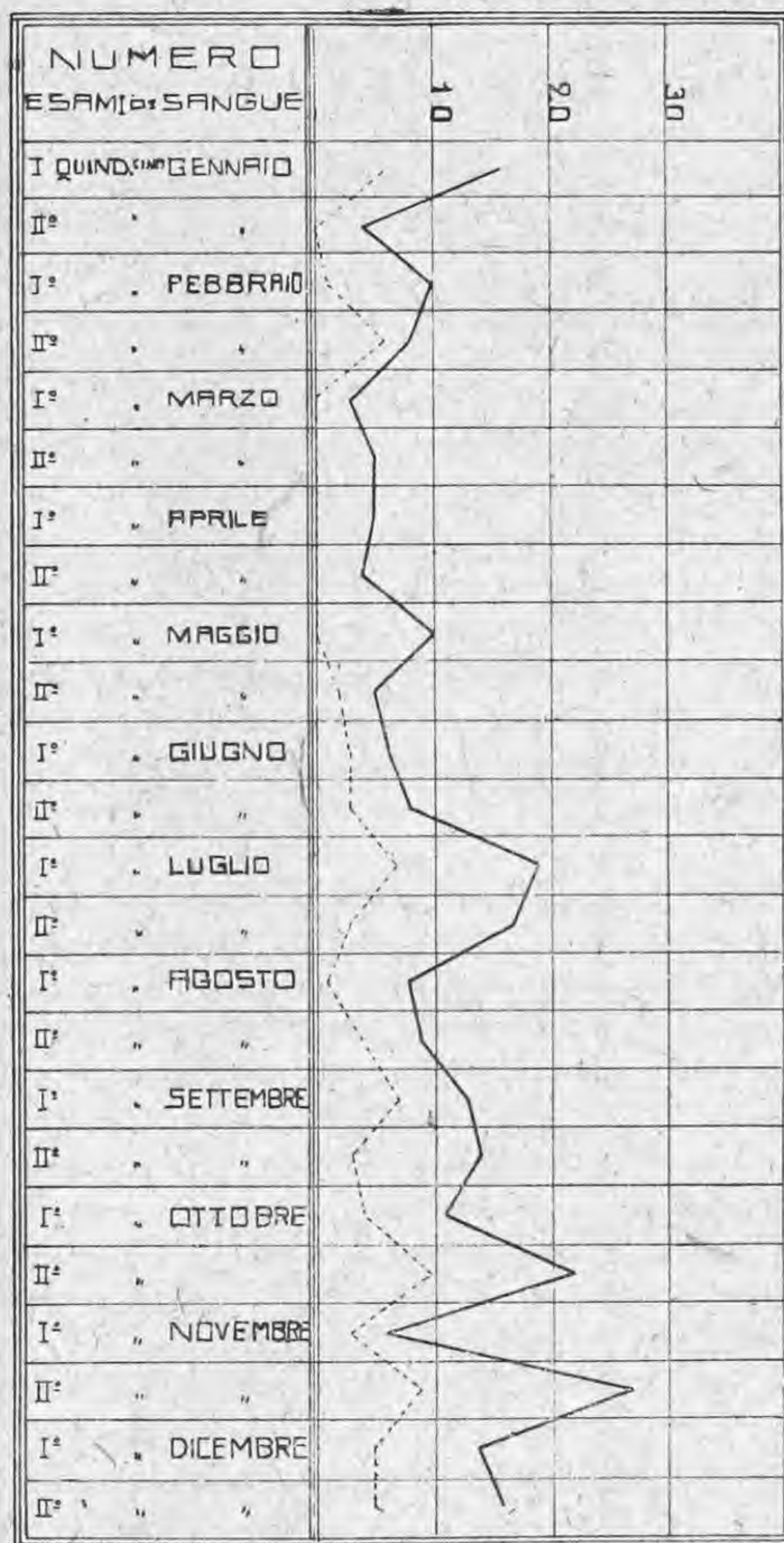
per il dott. CARLO GAROSCI.

È noto come la guerra attuale abbia fornito ai cultori delle scienze mediche l'occasione di raccogliere messe larghissima di osservazioni, che non mancheranno di dare il loro frutto anche nel periodo di pace.

Nel campo dell'igiene e della batteriologia mai in precedenza si era presentata l'occasione di applicare in così larga scala le più svariate pratiche profilattiche, nè di eseguire tante e tanto svariate osservazioni batteriologiche, epidemiologiche, ecc., quali si sono potute compiere nei numerosi laboratori e dai numerosi organi profilattici tanto provvidamente istituiti in zona di guerra e in quella di retrovia.

Senza dubbio i dati e le osservazioni in questa guisa raccolti rappresenteranno una miniera ricchissima, dalla quale, chi potrà a suo tempo coordinare il lavoro comune e considerarlo alla stregua di tutti i fattori contingenti, potrà trarre elementi che permetteranno forse anche di assurgere a qualche importante conclusione generale.

Ma anche mantenendosi nel campo più circoscritto del lavoro di ogni singolo laboratorio è già fin d'ora possibile dedurre fatti di un certo interesse. È appunto entro questi limiti molto modesti che vuolsi mantenuta questa nota, nella quale per gradito consenso del maggiore medico B. Lunghetti, direttore del Laboratorio Batteriologico di Marostica, esporrò

NUMERO ESAMI DI SANGUE		10	20	30
I QUIND.NA GENNAIO				
II° " "				
I° " FEBBRAIO				
II° " "				
I° " MARZO				
II° " "				
I° " APRILE				
II° " "				
I° " MAGGIO				
II° " "				
I° " GIUGNO				
II° " "				
I° " LUGLIO				
II° " "				
I° " AGOSTO				
II° " "				
I° " SETTEMBRE				
II° " "				
I° " OTTOBRE				
II° " "				
I° " NOVEMBRE				
II° " "				
I° " DICEMBRE				
II° " "				

brevemente i risultati di una parte speciale del lavoro in esso eseguito e le considerazioni cui questi si prestano.

Dall'epoca della fondazione (16 settembre 1916) al 31 dicembre 1918 nel Laboratorio di Marostica furono eseguiti 1107 esami di sangue per la diagnosi del tifo e paratifi, consistenti per la massima parte nella sierodiagnosi e nella emocultura contemporanea. Solo in un piccolo numero di casi fu praticata soltanto l'una o l'altra di queste ricerche.

Con le seguenti tabelle e grafiche riassumo i dati principali dei detti esami.

Svariate sarebbero le considerazioni cui tali risultati si presterebbero, sopratutto relativamente alla esistenza e distribuzione delle affezioni paratifiche e loro rapporti col tifo e colle altre affezioni intestinali.

Mancando però a noi il dato più importante in proposito, cioè quello della esatta dislocazione delle unità donde i malati provenivano,

mi soffermerò invece su un altro punto che mi sembra di non minor interesse.

Confrontando il numero degli esami di sangue per tifo e paratifi eseguiti nei diversi anni, si nota che il massimo numero degli esami o, in altri termini, il massimo della morbilità per queste malattie, si ebbe negli anni 1916-17 nel mese di ottobre e novembre, corrispondendo in questo perfettamente a quanto l'epidemiologia di queste malattie ha da tanto tempo stabilito.

A questa regola fa profondo contrasto quanto potemmo osservare nel decorso anno 1918. In quest'anno la quantità di esami di sangue per tifo e paratifi, fu notevolissima nei mesi di luglio, agosto e settembre, raggiungendo un massimo di 147 nella prima quindicina di settembre. Da quest'epoca, nonostante che il numero delle truppe della regione non fosse diminuito, comincia una rapida diminuzione, sensibile dapprima per le emoculture positive, poi per le sierodiagnosi, infine per gli esami richiesti. Nella seconda quindicina di ottobre si scende a 21, nel novembre a 9.

Il fenomeno sia per il modo, sia per il tempo della sua comparsa, è davvero notevole. Questo arresto della morbilità per tifo e paratifi è impressionante, non tanto per la rapidità con la quale avvenne, quanto per l'epoca in cui si manifestò; nei mesi cioè, nei quali in genere in ogni regione, in questa zona in particolare, era da attendersi invece un continuo aumento.

Quali possono essere le cause determinanti questo fenomeno?

Non essendo avvenuti cambiamenti apprezzabili nelle condizioni dell'ambiente, della sua temperatura, della sua umidità, dello stato del suolo, ecc., secondo ogni verosimiglianza dobbiamo ricercarle in tutte le disposizioni igieniche state emanate dalle autorità superiori, verso la fine di luglio e in principio di agosto (potabilizzazione delle acque, risanamento di tutte le zone occupate dai militari, maggior cura della nettezza individuale, ecc.), ma sopratutto alla prescrizione in quell'epoca emanata, d'intensificare e ripetere le vaccinazioni antitifiche.

Basta infatti conoscere anche lontanamente le abitudini di vita e le condizioni dei soldati alla fronte, per comprendere come tutte quelle pratiche, per quanto senza dubbio utilissime e doverose, non potevano preservare i singoli individui dalle cause di infezione in modo così completo come è avvenuto nel caso nostro.

Invece la brusca diminuzione e la scomparsa del tifo e forme cliniche ad esso simili, ben si può spiegare come effetto di una causa che potè agire contemporaneamente su tutti gli individui rafforzandone i poteri defensionali, rendendoli renitenti non solo davanti al tifo e paratifi, ma anche a tutte quelle infezioni intestinali febbrili banali, clinicamente simili al tifo e per la diagnosi delle quali si ricorse all'ausilio del laboratorio.

Noi per primi riconosciamo che l'efficacia profilattica della vaccinazione contro il tifo è ormai così conosciuta che nulla di nuovo porta alla luce la nota presente. Tuttavia ci è sembrato che i fatti sovraesposti fossero così eloquenti da metter conto di farli conoscere come prova novella e luminosa dell'utilità di quella pratica benefica e degli splendidi risultati cui può giungere una profilassi praticata anche nelle condizioni più difficili di tempo e di luogo.

Torino, novembre 1919.

Tabelle degli esami di sangue per la diagnosi del tifo e dei paratifi

eseguiti nel Laboratorio batteriologico di Marostica

Anno 1916.

	Esami di sangue	Reperti positivi	Positivi per tifo	Per paratifo A	Per paratifo B	Sierodiagnosi positive	Emoculture positive
2ª quindicina settembre. . .	7	3	1	1	1	1	2
1ª » ottobre. . . .	14	10	4	1	5	6	7
2ª » » . . .	50	22	11	2	9	18	
1ª » novembre. . .	19	7	3	1	3	7	0
1ª » dicembre. . .	11	5	3	1	1	4	2
2ª » » . . .	23	8	6	2	0	6	2
Totale . . .	124	55	28	8	19	42	20

Anno 1917.

	Esami di sangue	Reperti positivi	Positivi per tifo	Per paratifo A	Per paratifo B	Sierodiagnosi positive	Emoculture positive
1ª quindicina gennaio . . .	16	6	3	1	2	5	1
2ª » » . . .	4	0	0	0	0	0	0
1ª » febbraio . . .	10	1	1	0	0	1	0
2ª » » . . .	8	6	4	1	1	6	0
1ª » marzo . . .	3	0	0	0	0	0	0
2ª » » . . .	5	0	0	0	0	0	0
1ª » aprile . . .	5	0	0	0	0	0	0
2ª » » . . .	4	0	0	0	0	0	0
1ª » maggio . . .	10	0	0	0	0	0	0
2ª » » . . .	5	2	1	1	0	2	0
1ª » giugno . . .	6	3	2	1	0	1	2
2ª » » . . .	8	3	0	1	2	3	0
1ª » luglio . . .	19	7	2	4	1	6	2
2ª » » . . .	17	3	2	0	1	2	1
1ª » agosto . . .	8	1	1	0	0	1	0
2ª » » . . .	9	4	2	0	2	4	1
1ª » settembre. . .	13	7	4	0	3	6	3
2ª » » . . .	14	3	0	1	2	2	1
1ª » ottobre . . .	11	4	2	0	2	4	
2ª » » . . .	22	10	7	0	3	7	5
1ª » novembre . .	6	3	2	0	1	3	0
2ª » » . . .	27	9	7	2	0	5	8
1ª » dicembre . . .	14	5	3	1	1	2	4
2ª » » . . .	16	5	2	2	1	5	2
Totale . . .	260	81	45	15	21	64	33

Anno 1918.

	Esami di sangue	Reperti positivi	Positivi per tifo	Per paratifo A	Per paratifo B	Sierodiagnosi positive	Emoculture positive
1ª quindicina gennaio . . .	17	3	2	1	0	1	2
2ª » » . . .	3	2	2	0	0	0	2
1ª » febbraio . . .	1	0	0	0	0	0	0
2ª » aprile . . .	8	3	2	1	0	3	0
1ª » maggio . . .	25	13	10	1	2	12	3
2ª » » . . .	24	11	8	0	3	10	5
1ª » giugno . . .	8	4	3	0	1	3	4
2ª » » . . .	11	2	2	0	0	2	0
1ª » luglio . . .	35	11	10	0	1	11	1
2ª » » . . .	48	10	4	3	3	5	6
1ª » agosto . . .	89	19	8	3	8	10	10
2ª » » . . .	128	65	36	11	18	50	21
1ª » settembre. . .	147	56	47	2	7	55	2
2ª » » . . .	90	21	14	1	6	16	6
1ª » ottobre . . .	35	8	8	0	0	8	0
2ª » » . . .	21	6	4	0	2	6	0
1ª » novembre. . .	17	11	6	2	3	8	5
2ª » » . . .	9	5	5	0	0	5	0
1ª » dicembre . . .	7	1	1	0	0	1	0
Totale . . .	723	251	172	25	54	206	67

Avvertenze.

1. — Non sono registrate le poche e non importanti quindicine in cui il laboratorio non ha funzionato.
2. — Sotto la dicitura « Reperti positivi » vanno compresi quegli esami di sangue che riuscirono positivi o per l'emocultura o per la sierodiagnosi o per entrambi.
3. — Nelle grafiche la linea continua indica il numero degli esami eseguiti, la linea tratteggiata il numero degli esami positivi.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

La distrofia genito-glandulare.

(SOUZA e DE CASTRO. *Revue Neurologique*, 1919, n. 10).

La distrofia genito-glandulare si manifesta con un complesso di caratteri somatici dipendenti da un disturbo della funzione endocrina-sessuale. L'alterazione glandulare è primitiva (aplasia, ipoplasia, metaplasia). La distrofia consecutiva può essere pura, ma in rapporto alle relazioni reciproche della glandule endocrine può complicarsi. Accanto quindi alle forme infantile, gerodermica, eunucoide ed adiposo-genitale si hanno sindromi pluriglandulari, nelle quali i fatti dipendenti dalla disfunzione delle glandule genitali sono più o meno imponenti. Nel quadro delle distrofie genito-glandulari si trovano così raggruppate numerose sindromi: ermafroditismo, virilismo, femminismo, eunichismo, gigantismo infantile, infantilismo, infantilismo riversivo, nanismo, senilismo, obesità d'origine genitale, ecc.

Le distrofie genito-glandulari sono costituite da elementi comuni a tutti i tipi, che li individualizzano clinicamente e li differenziano dalle altre endocrinie. Questi elementi riguardano gli organi genitali, lo stato dei caratteri sessuali secondarii, lo stato del metabolismo.

Gli organi genitali esterni sono rimpiccioliti in proporzioni molto variabili. Il pene rudimentale, talora vermiforme, nei casi meno gravi non oltrepassa le dimensioni dell'organo normale all'epoca della prepubertà. Può trovarsi che i testicoli non superino in volume un grano di frumento; la borsa scrotale piccolissima molto spesso è vuota (anorchidia, criptorchidia). La distrofia genito-glandulare è molto più rara nella donna; in essa gli organi genitali interni ed esterni sono ridotti nelle medesime proporzioni.

Nei due sessi la funzione sessuale è ridottissima o annullata; l'istinto sessuale è abolito o incompleto.

Le più evidenti anomalie degli attributi sessuali secondari riguardano il sistema pilifero: assenza di peli al volto, alle ascelle, al perineo, sugli arti. Quando nell'uomo esiste la pelosità

pubica ha una disposizione femminea. La voce rimane quella degli adolescenti.

Nella donna si ha arresto completo dello sviluppo dei peli, assenza di sviluppo del seno e d'ingrandimento del bacino.

Le modificazioni del metabolismo consistono principalmente nella diminuzione degli scambi respiratori e nella consecutiva riduzione dei processi di ossidazione; riduzione dell'eliminazione dell'azoto, del fosforo, del calcio; tendenza alla adiposi endogena ed alla lipoidemia.

I disturbi del metabolismo hanno un effetto immediato sullo sviluppo somatico (ritardo, esagerazione, sproporzione dello sviluppo dello scheletro degli arti).

Il tipo semplice della distrofia genito-glandulare è il più raro. La insufficienza delle glandule genitali non si ripercuote sull'evoluzione morfogenica. Non vi sono rilevanti anomalie delle forme esterne. La sintomatologia si limita ad una mancanza di sviluppo dei caratteri sessuali primitivi ed all'assenza dei secondari. I soggetti sono press'a poco di statura normale, paiono conformati armonicamente, ma sono imberbi e pallidi. Presentano ipoplasia cardiovascolare (anangioplasia di Brissaud) e prevalenza del sistema linfatico. Il tipo semplice della distrofia genito-glandulare può prodursi anche fuori del periodo della prepubertà: vi sono dei casi nei quali nell'adulto si determina un regresso degli organi sessuali: il loro volume decresce, le funzioni genesiche si spengono, i peli cadono.

L'infantilismo che finora era ritenuto esclusivamente l'espressione di un disturbo tiroideo, può essere determinato anche da un arresto di sviluppo degli organi genitali. Ma v'è chi ritiene che esso è sempre provocato dalla insufficienza di secrezione del testicolo e dell'ovaio.

I tipi gerodermico ed eunucoide sono molto somiglianti, in ambedue la conformazione generale del corpo è quella dei castrati. Lo stato senile della pelle differenzia il primo tipo (gerodermia di Rummo e Ferrannini, senilismo di Ciauri). Nel tipo eunucoide le rughe sono meno accentuate, la pelle è più fine e meno increspata, v'ha tendenza all'adiposità. Nella gerodermia le alterazioni del sistema pilifero sono considerevoli: nel tipo eunucoide si ha soltanto sottigliezza dei capelli e semplice assenza dei peli. In ambo i tipi s'incontrano le sproporzioni per allungamento degli arti (gigantismo eunucoide), le deformazioni (ginocchio valgo), la fragilità ossea, l'allargamento del bacino. Contrariamente all'opinione di Pende pare che l'ipofisi non sia interessata nella gerodermia genito-distrofica. La laringe non compie il suo sviluppo. L'eunocoidismo tardivo o distrofia genito-glandulare tardiva è analogo all'infantilismo riversivo di Gandy; la sindrome si manifesta in seguito ad una lesione genitale acquisita nell'età adulta.

La distrofia adiposo-genitale è stata attribuita ad una lesione ipofisaria, ma secondo gli autori in questo tipo l'adiposità è del tipo genitale e non ipofisario; il tumore dell'ipofisi è secondario, accessorio o eventuale.

Ai segni propri della distrofia genito-glandulare si aggiungono le manifestazioni provocate da diversi disturbi endocrini; si hanno allora le sindromi pluriglandulari.

Una delle meglio caratterizzate è la sindrome genito-surrenale di Gallais, che comprende l'irsutismo di Apert (pseudo-ermafroditismo surrenale, virilismo surrenale, ecc.). Sono colpite le donne, ed è difficile dire se sia primitiva l'atrofia ovarica o l'ipertrofia surrenale.

Fiessinger ha descritto una insufficienza diastemato-spermatica acquisita con atrofia tiroidea.

Claude e Baudoin hanno osservata un'amenorroica con segni di acromegalia e gozzo esoftalmico; l'atrofia ovarica era associata all'iperfunzione di tutte le altre glandule a secrezione interna.

Costa ha descritto un gigante eunucoide pigmentato con ginecomastia e deformazioni acromegalighe.

In un caso di Austregesilo la distrofia genitoglandulare era accompagnata da una sindrome surrenale (astenia, pressione arteriosa molto bassa, pigmentazione) e da disturbi mentali.

dr.

NEUROLOGIA.

L'etiologia della sclerosi a placche.

(DA FANO. *Journal of Nervous and mental disease*, 1920, n. 5).

I primi tentativi di trasmettere agli animali la sclerosi a placche furono fatti da Bullock, nel 1913. Egli iniettò il liquido cefalo-rachidiano dei pazienti di sclerosi a placche nei conigli e nei gatti. Nei conigli, nei quali il liquor fu iniettato sottocutaneamente, si manifestarono fenomeni clinici analoghi a quelli della sclerosi a placche. Il liquido mantenuto per 14 giorni alla temperatura di 0° e filtrato si dimostrò più potente. In due dei quattro animali iniettati con risultato positivo il midollo spinale presentava alterazioni simili a quelle caratteristiche della malattia umana. Del resto furono trovate anche alterazioni istologiche nel midollo degli animali che in seguito alla iniezione avevano presentato fatti paralitici transitori.

I risultati degli esperimenti di Bullock furono confermati da Simons. Questi iniettò a 30

conigli per via intracerebrale, intradurale e sottocutanea rispettivamente 0.4 c.c., 0.5 c.c., e 0.3 di liquor di uomo malato di sclerosi. Negli esperimenti di Simons la paralisi si manifestò più presto che nei casi di Bullock; la paralisi degli arti posteriori si verificò cinque giorni dopo la inoculazione intradurale nella regione lombare; non tutti i conigli si mostrarono recettivi; gli esperimenti di controllo fatti con la inoculazione di liquor di individui sani riuscirono negativi.

Gli sperimenti di Kuhn e Steiner furono più numerosi e più importanti. Steiner poco prima della guerra riuscì a produrre in un coniglio notevoli disturbi mediante la iniezione intradurale di liquido cefalo-rachidiano di pazienti di sclerosi a placche. Il coniglio morì sei settimane dopo la inoculazione.

Nel 1917 lo stesso autore riprese gli esperimenti e su più larga scala insieme a Kuhn. Furono inoculati per via intradurale, intraperitoneale ed intraoculare cavie, conigli, topi ed anche una scimmia. Nei successivi esperimenti gli autori inocularono solo cavie e conigli, perchè questi animali si dimostrarono più recettivi. La trasmissione della malattia si verificò con maggiore frequenza nelle cavie inoculate per via intraperitoneale e nei conigli inoculati per via intraoculare.

I migliori risultati si ottennero con la iniezione di sangue o di sangue e liquor diluiti in soluzione fisiologica. Nelle cavie la malattia si sviluppava e terminava con la morte in un periodo variante da tre giorni a dodici settimane con sintomi di gravi lesioni del sistema nervoso centrale e sopratutto con paralisi degli arti posteriori. Gli autori riuscirono anche a trasmettere la malattia da animale ad animale. In ogni caso le culture del liquor, del sangue umano e quello degli animali iniettati riuscirono sempre sterili. Ma nel sangue di animali inoculati, gli autori osservarono alcuni spirocheti, che però trovarono anche in quattro animali di controllo. Negli animali morti in seguito alla inoculazione non si trovarono alterazioni macroscopiche all'infuori di una congestione epatica.

Gli importanti risultati delle esperienze di Kuhn e Steiner eccitarono a nuove ricerche.

Siemerling e Raecke non riuscirono a trasmettere la sclerosi a placche nei conigli e nelle scimmie. Tuttavia Siemerling riuscì a trovare gli spirocheti nella sostanza cerebrale di un paziente di sclerosi a placche morto di una risipola intercorrente. L'esame del cervello, praticato due ore dopo la morte, dimostrò un gran numero di lesioni a focolaio di vario volume, alcune rossastre, altre grigie localizzate nella corteccia e profondamente nella regione frontale. In questi focolai Siemerling osservò spirocheti simili a quelli osservati da Kuhn e Steiner.

Recentemente gli esperimenti sono stati ripetuti da Marinesco, il quale non solo riuscì a trasmettere la malattia alle cavie, ma osservò nel liquido estratto dal quarto ventricolo degli animali inoculati, spirocheti viventi simili a quelli osservati da Kuhn, Steiner e Siemerling. Pettit e Roux, che videro i preparati di Marinesco, espressero l'opinione che si trattasse di microrganismi specifici, in ogni caso differenti dal treponema pallidum della sifilide.

Strümpell osserva che anche a volere ammettere la natura infettiva della sclerosi a placche resta ancora a conciliare con questa opinione l'inizio, il decorso e l'anatomia patologica della malattia stessa. Innanzi tutto nulla si sa circa la via ed il modo della infezione; il fatto che la malattia può immediatamente seguire alla scarlattina, alla influenza, al morbillo ed infezioni analoghe ha una scarsa importanza, innanzi tutto perchè questa concatenazione non è costante e secodariamente perchè è stato anche osservato che la sclerosi a placche può seguire a trauma e ad intossicazioni. D'altra parte la sua sporadicità, il fatto che non ha tendenza a diffondersi nella comunità, l'età ed il sesso dei pazienti, il suo inizio parlano contro la origine infettiva. Le poche antiche osservazioni di manifestazioni della malattia tra ragazzi della stessa famiglia devono considerarsi errori diagnostici. Nè d'altra parte il decorso clinico depone per la etiologia infettiva. È ben vero, osserva Strümpell, che la malattia può insorgere acutamente, può avere remissioni ed esacerbazioni; ma tali fatti costituiscono la eccezione e non la regola. Senza dire che vi sono forme di mielite acuta disseminata che possono assumere in qualche modo il quadro della sclerosi a placche e indurre in errore. È del pari inesplicabile che il virus possa rimanere per anni nell'organismo senza dare segni della sua presenza. Nella sclerosi a placche inoltre mancano del tutto quei sintomi che sogliono manifestarsi nelle malattie infettive: febbre, malessere, disturbi generali, mancanza d'alterazioni chimiche e citologiche nel liquor, e ciò benchè un gran numero di focolai di sclerosi raggiungano la superficie del midollo. Infine le alterazioni anatomiche della sclerosi a placche non sembrano di natura infiammatoria.

Malgrado ciò, aggiunge Strümpell, non bisogna farsi paralizzare dagli apriorismi. Le obbiezioni sopra accennate non devono arrestare le ricerche già iniziate, ma devono solo renderci molto prudenti nell'apprezzare i risultati degli esperimenti.

dr.

TERAPIA.

Sulla trasfusione del sangue.

(LOSEE. *Amer. Journ. of the Medic. Sciences*, novembre 1919).

Indicazioni. — Data la facilità con cui può ormai eseguirsi una trasfusione, essa è stata proposta, si può dire, per quasi tutte le malattie da cui può essere affetto l'uomo. Vi sono tuttavia alcune indicazioni definite e reali in cui essa è l'unico mezzo per salvare la vita; e ve ne sono altre in cui riesce di potente aiuto e, combinata con trattamento chirurgico o medico, dà risultati assai soddisfacenti.

Leisrink dice che « la trasfusione è indicata in tutti quegli stati in cui il sangue per qualità e quantità è così alterato da divenire inadatto ad adempire i suoi compiti fisiologici ».

L'A. ha una larga esperienza in casi di emorragia acuta e il metodo gli ha permesso di salvare la vita più di una volta. Riferisce a questo proposito un brillante caso occorsogli recentemente di emorragia *post partum*.

In alcuni casi di *shock* la trasfusione è utile. Secondo l'ipotesi di Cannon, lo *shock* è dovuto a una diminuzione dell'alcalinità normale del sangue per deficiente ossidazione, secondaria a perdita di emazie, debolezza cardiaca e bassa pressione sanguigna: l'aggiunta di sangue fresco normale ristabilisce l'alcalinità e migliora le condizioni del circolo.

In pazienti di anemia secondaria accentuata, per emorragia uterina e per sepsi pelvica localizzata, la trasfusione, per esperienza stessa dell'A., abbrevia la convalescenza e modifica intieramente il decorso; mentre nella peritonite generale, nella sepsi puerperale, nella tromboflebite settica delle vene pelviche, ha effetto piccolo o transitorio, poichè il sangue normale ha scarso potere battericida.

Come pratica preoperatoria in molti casi in cui esiste una anemia intensa, l'introduzione di sangue ha un posto ideale. Va ricordato d'altra parte che nelle emorragie acute, come da gravidanza ectopica, placenta previa, ecc., è necessario, prima, controllare la sorgente dell'emorragia.

La trasfusione è un vero specifico nell'emofilia e nell'emorragia dei neonati (per la quale peraltro riesce non facile la tecnica), in quanto introduce le sostanze necessarie per elaborare la trombina.

Nelle anemie secondarie gravi, da malattie incurabili varie, è un rimedio sintomatico, che può prolungare la vita: ma i periodi di miglioramento tendono fatalmente ad abbreviarsi, e il paziente finisce col soccombere alla malattia originaria.

Occasionalmente, può avere una certa efficacia terapeutica ausiliaria nel tifo, nelle suppurazioni prolungate e in certe malattie mediche, che si accompagnano ad anemia più o meno grave, nelle quali un tale agente serve a far pendere la bilancia nella lotta contro il morbo.

Finalmente la trasfusione è uno dei migliori rimedi che si hanno a disposizione contro l'anemia perniciosa, perchè, pur non portando mai la guarigione, come è probabile, determina il presentarsi delle remissioni, che riescono anche più lunghe di quelle normali. Secondo l'A. non è consigliabile, sia per le anemie primarie che per le secondarie, attendere, prima di praticare la trasfusione, che l'emoglobina sia a 30-40 e i globuli rossi sotto i 2.000.000: si eviterà così lo stabilirsi di quello stato grave di anemia, che produce effetti esaurienti e degenerazioni estese degli organi parenchimatosi.

Isoemolisi e isoagglutinazione. — Prima che si conoscesse questo fenomeno, si erano visti, in alcune trasfusioni e non in altre, dei sintomi gravi, ed occasionalmente la morte, che si attribuirono a introduzione di aria nelle vene. Ottenberg e Kaliski dimostrarono che queste reazioni erano dovute all'eventuale presenza di isoemolisine o di isoagglutinine, e che con esami preliminari potevano essere evitate. Secondo Moss le isoemolisine sono sempre precedute o accompagnate, e nei sani e nei malati, dalle isoagglutinine: e ciò si avrebbe in circa il 25 % degli esseri umani. Secondo Ottenberg e Kaliski invece l'emolisi di un sangue umano, per parte di un altro sangue, è un fenomeno patologico, che si avrebbe in una data specie di malattie.

L'A. in base a larga esperienza ritiene che negli individui normali e nelle emorragie acute le reazioni di agglutinazione di Moss siano sufficienti; mentre per i pazienti di malattie croniche è bene praticare la prova addizionale per le emolisine, perchè queste possono essersi sviluppate in quella particolare malattia, e in alcuni casi possono essere autoemolisine.

Le isoagglutinine sono ereditarie, si trovano nel sangue normale e possono essere facilmente saggiate coi metodi moderni. Furono scoperte nel 1901, indipendentemente, da Shattick e da Landsteiner: quest'ultimo divise gli organismi umani, rispetto al loro comportamento per l'inter-agglutinazione, in tre gruppi, che poi Jausky, e più tardi Moss, allargarono nei ben noti quattro gruppi. L'ipotesi, avanzata da alcuni, che gli individui possano cambiare il loro gruppo, dopo ripetute trasfusioni, è stata dimostrata insussistente.

Ottenberg e Kaliski hanno dimostrato che quando le cellule del donatore sono agglutinate dal siero del ricevente, avviene la fagocitosi; mentre questa non si osserva quando il siero del donatore è agglutinabile per le cel-

lule del ricevente. Ciò è dovuto alla diluizione delle agglutinine esistenti nel siero del donatore, per opera del siero del ricevente: ed ha portato alla pratica di usare il gruppo IV come donatore universale (il suo siero agglutina le emazie dei gruppi I, II e III), e il gruppo I come ricevente universale (il suo siero non agglutina nessuna emazia). Questo fatto, insieme con la eventuale esistenza di sieri poveri di agglutinine, spiega perchè, anche quando non sono praticate le prove preliminari, avvengano di rado dei fenomeni reattivi.

Donatori. — Per quanto è possibile si sceglieranno soggetti sani, forti, non a temperamento nervoso o timido: in tutti sarà praticata la reazione di Wassermann, non fidandosi delle loro affermazioni.

La pratica del laboratorio, negli ultimi tre anni, è stata di avere in nota un certo numero di donatori di ogni gruppo: presentatasi la necessità, e determinato il gruppo cui appartiene il paziente, si chiama per telegrafo o per telefono il donatore adeguato. Su questo, appena giunto, si ripete la prova delle isoagglutinine e isoemolisine e la R. W. Usando il metodo dei gruppi o di Moss, è meno facile che sfugga un siero debole in agglutinine, errore che può avvenire quando siero ed emazie del paziente sono saggiati direttamente con emazie e siero del donatore, secondo il metodo di Lee. Se lo si ritiene necessario, data la storia del malato, si farà anche la ricerca delle emolisine: questa veniva prima praticata costantemente, ma si è trovato che, per lo meno negli stati acuti per emorragia o per sepsi, è superflua. Molto spesso, entrano all'ospedale dei pazienti in condizioni gravi per emorragia, e necessita una pronta azione: mentre si prepara per l'operazione, si determina il gruppo del malato, dei suoi amici, degli inservienti dell'ospedale: se è possibile, si scelgono individui dello stesso gruppo, altrimenti si prende un donatore del gruppo IV.

La quantità di sangue da trasfondere dipende dal peso e dalle condizioni del paziente, dal peso e dalle condizioni del donatore, dalle indicazioni per cui la trasfusione è praticata. Si terrà presente che il sangue totale è circa 1/19 del peso del corpo, e che se ne può trasfondere tranquillamente un quinto o un quarto. Tuttavia si sorveglierà lo stato del donatore: la comparsa di sbadigli, di sudore, di acceleramento o rallentamento del polso consiglieranno a sospendere l'operazione: il collasso è assai raro, e facile a vincersi, ma sarà bene impedirne l'insorgenza con una accurata osservazione del donatore, quando ci si avvicina ai 1000 cc.

Attualmente esistono dei donatori professionisti, che si sottomettono troppo spesso alla trasfusione: il loro sangue non è adatto, come può esser determinato facilmente dal saggio della loro emoglobina, e dalla molto più forte quantità di siero che di emazie nel loro sangue raccolto in una provetta. È necessario un intervallo di 3-4 mesi, non di 6 settimane come fanno molti.

Ricevente. — Non può essere scelto, naturalmente. Se è possibile per 24 o 48 ore prima lo si porrà a dieta di Karrel (90 cc. latte); gli si somministrerà un blando purgante o gli si farà un clistere, e mezz'ora prima una iniezione di morfina.

Metodi. — Gli autori discutono sul valore relativo del sangue intatto o modificato. L'uso del sangue defibrinato ha fatto molti proseliti, per la sua semplicità, ma è chiaro che il sangue non modificato, non soggetto ad alterazioni chimiche, potrà arrecare maggior benefizio: questo sarà usato nelle anemie gravi di lunga data e con soggetti estenuati, mentre il primo potrà sempre essere utilissimo nelle emorragie acute in cui è necessario solo il volume.

Il metodo delle siringhe di Lindeman si avvicina di più alla trasfusione diretta e riunisce quindi i vantaggi del metodo diretto: però è necessario avere degli assistenti affiatati. Il metodo del citrato potendo essere eseguito da una sola persona è applicabile ai casi di urgenza, e quando si operi fuori dell'ospedale. Clowes ha richiamato l'attenzione sulla somiglianza, per gli effetti sul protoplasma, del cloruro di sodio e del citrato di sodio: ma quest'ultimo sarebbe assai più tossico.

Riassumendo, la scelta del metodo dipende dai mezzi a disposizione: e, quando è possibile, è preferibile l'uso delle siringhe.

Casistica. — L'A. ha praticate 100 trasfusioni in 79 casi; 81 volte ha usato il metodo della siringa e 19 volte il metodo del citrato. Sono riassunti nella seguente tavola:

Malattie	Casi	Trasfusioni	Morti	Guariti	Migliorati	Non migliorati
Emorragia	28	30	6		—	—
Emorragia e sepsi pelvica . .	28	28	—	28	—	—
Sepsi	7	12	6	1	—	—
Anemia secondaria	8	10	—	—	6	2
Anemia perniciosa	3	14	—	—	3	—
Morbo di Banti	1	2	—	—	1	—
Tossiemia gravidica		4	2	2	—	—

I 14 casi di morte, eccezione fatta di uno di cui parleremo appresso, furono tutti dovuti alla malattia originaria, non furono effetto della trasfusione.

L'A. riferisce per esteso un caso di anemia perniciosa, in cui a tutte le nove trasfusioni cui fu sottoposto seguì un miglioramento meraviglioso. Il risultato è da attribuire da una parte all'aumento del volume del sangue, dall'altra alla stimolazione degli organi ematopoietici: i quali però da ultimo non rispondono a questa stimolazione, e tutto si limita all'effetto meccanico.

Reazioni. — Fatta eccezione di uno dei primi casi, in cui non era stato fatto l'esame preliminare, e in cui si ebbero tutti i sintomi classici dell'emolisi, l'A. non ha mai osservate reazioni dovute a quel fenomeno o all'agglutinazione: e ritiene che nei casi descritti da altri, in cui si ebbero tali reazioni, ciò debba attribuirsi a non accurate ricerche di laboratorio o addirittura all'aver trascurato la prova.

In una percentuale di casi si ebbero piccole reazioni, come lieve brivido, febbre e vomito, tutti fatti transitorii. Esse furono tanto più rare quanto più accurata fu la tecnica della siringacannula: accurato e completo lavaggio, riempimento e svuotamento delle siringhe, tempo più o meno lungo nel quale il sangue è mantenuto fuori dell'organismo.

Alterazioni del sangue dopo la trasfusione. — Il rapporto tra quantità di sangue trasfuso e conta del sangue dopo la trasfusione è variabile, e certo connesso con le condizioni del paziente. Dalle osservazioni di Huck si deduce che nell'anemia perniciosa l'aumento degli eritrociti varia da 404.000 dopo una trasfusione di 1250 cc. a 1.784.000 dopo 750 cc., in 24 ore; in generale vi è un aumento immediato, il quale talora continua per parecchie ore per poi ricadere e tornare a quello che era prima della trasfusione, alla fine della 24ª ora; talora, invece, si ha una diminuzione per poche ore, e poi un lieve innalzamento; l'emoglobina nel più dei casi presenta un innalzamento graduale col massimo alla fine di 24 ore; quasi in ogni caso vi è un certo aumento nel numero dei leucociti.

Conclusioni. — 1° Il metodo indiretto di trasfusione, adottato universalmente, ha salvato molti pazienti di emorragia acuta.

2° Nelle anemie primarie e secondarie si deve trasfondere precocemente per ottenere i migliori risultati.

3° Alcune ricerche di laboratorio sono essenziali per il successo.

4° Il metodo della siringa-cannula trasporta il sangue con la minima possibile alterazione fisica e chimica, e perciò si accompagna al minor numero di reazioni.

5° Non può stabilirsi un rapporto stabile tra quantità di sangue trasfuso e conta del sangue dopo la trasfusione. SEBASTIANI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Lombarda di Scienze mediche e biologiche in Milano.

Seduta del 18 giugno 1920.

Presidenza del professor DEVOTO.

Rara complicanza post-operatoria in una operata per ascesso periappendicolare intramesenterico.

LOSIO L. — L'O. riferisce sopra un caso da lui operato per ascesso periappendicolare svoltosi fra le pagine del mesentere, essendo nello spessore del mesentere ubicata l'appendice. Nel decorso post-operatorio ha dovuto osservare la insorgenza di fenomeni di ileo e ripararvi con una fistola stercoracea sull'ileo. Successivamente ebbe a constatare il completo versamento della fistola dei materiali iniettati per il retto a scopo nutritivo. Vaglia le ipotesi di un ileo spastico e di un ileo paralitico.

Dermatosi distrofico-atrofizzante degli arti inferiori da perfrigerazioni.

PASINI A. — In un uomo cinquantenne, che dall'età di 15 anni esercitava la professione del salumiere, e che, per necessità professionali, aveva passato, per molti anni, parecchie ore della giornata, in piedi fra il ghiaccio, si produssero inizialmente fenomeni ischemici transitori degli arti inferiori: in seguito congestioni permanenti, con pelle tumida, cianotica, vene varicose e piaghe alle gambe ed ai piedi: da ultimo uno stato distrofico-atrofizzante alle estremità inferiori, ed ulcerazioni perforanti plantaneari. Non esistevano alterazioni del sistema nervoso che permettessero di riferire allo stesso le alterazioni delle gambe e dei piedi. Sensibilità quasi intieramente conservata.

L'O. riporta le alterazioni, svoltesi progressivamente, alle perfrigerazioni cui sottostò il paziente per circa 15 anni, e che determinarono agli arti inferiori stati successivi: ischemico, congestizio, atrofizzante. In quest'ultimo periodo, sopratutto per fenomeni di compressione nella stazione eretta, comparvero fenomeni distrofici con ulceri perforanti. Nessuna attrazione ossea alla radiografia.

Intorno alle forme dissenteriche miste amebico-bacillari.

VALLARDI C. — L'O ha potuto studiare 17 casi nei quali l'infezione dissenterica era stata duplice con ameba e con bb. della dissenteria. Dati epidemiologici e rilievi clinici portano l'O. ad ammettere che questa infezione doveva essere stata primitivamente di doppia natura. Rileva la frequenza di queste forme in particolare tra individui con grave deperimento generale e con frequenti riacutizzazioni dissenteriche. La presenza d'agglutinina per i bb. dissenterici in molti amebiasici cronici risulta assai frequente anche da recenti statistiche di inglesi su soldati reduci dall'Oriente. Dal lato epidemiologico e patogenico il rapporto tra amebe e bb. della dissenteria dovrà essere studiato specialmente nelle epidemie di dissenteria amebica. L. PRETI.

Società fra i Cultori di Scienze mediche e naturali in Cagliari.

Seduta del 25 maggio 1920.

Presidenza A. PEPERE.

Pneumomicosi aspergillina

(con presentazione dell'ammalata, di radiografia e di preparati e culture).

F. GALDI. — Bambina di sei anni, figlia di genitori sani, la quale ha passato buona parte della prima infanzia nella bottega da falegname del padre, ove fu spesso trovata con la bocca piena di segatura. Da circa tre anni va soggetta ad accessi di tosse con espettorato sempre più abbondante di colorito grigiastro, emesso talvolta a forma di vomica, sempre privo di sangue: mai febbre e nutrizione costantemente florida: ottime condizioni generali, assoluta integrità del sistema ghiandolare linfatico, ed anche l'esame radiologico esclude qualsiasi alterazione dei gangli tracheo-bronchiali, ilari e mediastinici: dita a bacchette di tamburo; nulla di abnorme nell'apparecchio circolatorio e digerente; cavo orale e faringe, perfettamente normali. Al torace sinistro segni fisici di due estese escavazioni comunicanti fra loro, e circondate da forti ispessimenti, come si rileva anche dall'immagine radiografica, apice normale: a destra, polmone in fase di respirazione vicariante e qualche fenomeno catarrale verso la base. La tosse insorge facilmente per l'ingestione del cibo e delle bevande, specie se fredde, e la bambina spesso diventa cianotica nell'emettere l'espettorato: questo è purulento, commisto a lacinie di tessuto polmonare, non affatto graveolente, ed all'esame a fresco presenta quasi in cultura pura un'enorme quantità di corpicciuoli sferici, fortemente rifrangenti, che si riconoscono per conidi di aspergillo, ai quali talvolta si accompagna anche qualche testa aspergillare. I corpicciuoli si colorano bene con lo Ziehl debole e con la tionina fenica di Nicolle. L'espettorato raccolto asetticamente e coltivato in capsule di Petri con liquido di Raulin a 37° dà luogo allo sviluppo di Aspergillus fumigatus, che risponde a tutti i caratteri descritti dai micologi. Ripetute ricerche pel bacillo di Koch ne hanno sempre escluso la presenza, ed è pure riuscita completamente negativa la cutireazione di v. Pirquet. All'esame del sangue nessuna traccia di anemia e null'altro di anormale.

Inoculato un coniglio nel cavo peritoneale con emulsione ricavata da cultura in Raulin essiccata, l'animale muore dopo 22 ore, ed all'autopsia si riscontrano fenomeni di setticemia aspergillare: culture positive del fungo dal sangue.

L'infezione deve essere assai probabilmente avvenuta mediante la segatura di legno, di cui la bambina s'impiastricciava la bocca, visto che l'aspergillo fumigato si trova anche sulle foglie morte, alla superficie del suolo e nella polvere.

Nella bambina le lesioni hanno avuto un lento decorso con notevole sclerosi reattiva del tessuto polmonare, onde difficilmente potevano penetrare in circolo sostanze deleterie. Un tentativo di cutireazione con antigene ricavato da una cultura dell'aspergillo in Raulin è riuscito del tutto negativo.

Da ultimo l'O. si ferma sul trattamento iodo-arsenicale, che anche nel caso in discorso ha prodotto qualche miglioramento, riducendo la massa dell'espettorato ed il numero dei conidi in esso contenuti.

Ulteriori osservazioni su le pseudo-valvole del cuore

(con presentazione di pezzi anatomici).

BUSINCO A. — Con la presentazione dei pezzi anatomici e di tavole tratte da questi, l'O. dimostra che, giusta le sue precedenti conclusioni, nell'integrazione del processo morboso, entrano due fattori: uno congenito e uno meccanico. Il fattore congenito è rappresentato dall'anomala distribuzione dei fasci muscolari subendocardici; il fattore meccanico dalle correnti reflue, dai vortici che si stabiliscono nelle viziature degli ostii cardiaci. Queste correnti reflue o vorticose, mentre danno ragione del diverso orientamento delle pseudo valvole, spiegano, con l'urto continuo, le modificazioni in atrofia delle fibre muscolari interposte fra le pagine endocardiche, modificazioni che possono essere seguite nei loro stadii progressivi. L'esame istologico esclude, d'altra parte, l'intervento del fattore flogistico ammesso da altri Autori.

Premesso che le formazioni pseudovalvolari si manifestano costantemente quando le accennate predisposizioni anatomiche della muscolatura ventricolare coincidono col vizio valvolare aortico, si può affermare che la loro presenza indica già, da sola, l'esistenza di vizio valvolare (ordinariamente aortico), quand'anche manchino dati anatomici molto manifesti di lesioni valvolari (in 2 dei 10 casi esisteva, infatti, un'insufficienza aortica funzionale; negli altri 8 vizio aortico combinato).

L'O., discutendo su due esemplari di pseudovalvole formatesi nelle stesse condizioni patologiche (insufficienza aortica) sul pizzo aortico della mitrale e analizzandone il meccanismo patogenetico, trae ancora la conclusione che le sache pseudovalvolari in particolari contingenze possano dar luogo a formazioni aneurismatiche delle valvole.

I.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA.

Su alcune variazioni nel decorso della sifilide.

Il dott. Strünpke (*Münchener med. Wochenschrift*, 9 luglio 1020) ebbe campo d'osservare durante gli ultimi mesi alcune variazioni nel decorso della sifilide primaria che ne alterano il quadro considerato classico. Furono osservati *casi di roseola comune combinati con efflorescenze ulceroso-necrotiche* del tipo di quelle che caratterizzano la lues maligna, oltre a ciò *esantemi che si distinguevano per la loro particolare resistenza* ai mezzi terapeutici, per l'estensione vasta, perchè spesso sorgevano in punti non prediletti dalle eruzioni luetiche; gli esantemi erano a papule piccole di forma lichenoide; infine *alcuni casi* di *leucoderma sifiliticum* in degenti di sesso maschile.

Dalle storie cliniche di sette luetici pubblicate dall'A. risulta che i punti di predilezione del leucoderma furono il collo e la schiena, nella maggior parte dei casi. Gli ammalati presentavano pure alopecia specifica, papule umide e nella regione anale vaste piaghe ulcerate con spirochete dimostrabili. La W. R. fu + + + in 6 casi, negativa in un caso solo, caso che se si eccettua il leucoderma non presentava nessun sintomo caratteristico per la lues ed era affetto da uretrite gonococcica in atto.

Gli individui osservati avevano costituzione sana, non erano iponutriti, di età dai 20-50 anni.

Le spirochete non presentavano alterazioni morfologiche apprezzabili. L'infezione rimontava in tutti i casi ad alcuni mesi addietro, era stata trascurata; nessuno degli ammalati si era sottoposto a cure specifiche.

barz.

Della sifilide ignorata.

Il Dujardin riporta negli *Archives médicales belges* alcuni dati statistici molto gravi sulla sifilide ignorata. Nell'ambulatorio dermo-venereo dell'H. M. B. dell'Havre, in un notiziario di 1000 infermi, la sifilide ignorata figurava nella proporzione del 20 % nell'uomo e del 56 % nella donna. Nell'ambulatorio oftalmico, l'esame sistematico dei casi sospetti, ha dato una percentuale del 52 % negli uomini e dell'86 % nella donna.

A spiegare queste proporzioni veramente impressionanti l'A. si appella all'ignoranza nella quale il malato di solito sarebbe lasciato dal medico curante, agli errori di diagnosi, alla trascuratezza dell'infermo nel periodo primario e secondario, alla frequenza dell'ulcera mista, ai sifilomi appena apprezzabili e non seguiti da manifestazioni secondarie, ai sifilomi extra-genitali, alla frequenza dei sifilomi passati inosservati a causa della loro sede, ecc.

I disturbi pupillari, le alterazioni dei riflessi, la leucoplasia, i disturbi dell'udito e le manifestazioni cutanee recenti o tardive, sono i sintomi che più frequentemente mettono sulle tracce della sifilide ignorata.

F.S.

Sindromi maligne nella sifilide. Malaria e sifilide.

È noto come la sifilide, fin dall'inizio del periodo secondario, può presentare manifestazioni cutanee e mucose gravi e distruttive con caratteri di particolare e precoce malignità. Le cause determinanti tali fatti non sono chiaramente note. Alcuni autori le hanno fatte risalire a speciali associazioni microbiche, dimostrate nei casi di lesioni ulcerose della sifilide maligna precoce.

A spiegare la grande frequenza dei casi di sifilide maligna fra le popolazioni indigene dei paesi caldi, si è pensato ad una speciale predisposizione delle razze arabe. Altri autori hanno più logicamente sostenuto che la sifilide contratta ad una sorgente vergine d'ogni cura specifica darebbe luogo ad accidenti più gravi di quella contratta da un soggetto trattato. Con questa ipotesi Gémy spiega, oltre la particolare gravità della sifilide degli arabi, anche la malignità dell'infezione contratta dagli europei fra le popolazioni arabe. Per effetto delle cure specifiche il contagio sifilitico si attenua nell'individuo e attraverso le generazioni.

Il Lacapère e il Decrop (*Paris Médical*, 1920, pag. 203) nelle loro ricerche e osservazioni fatte nelle colonie nord-africane sono stati colpiti dal fatto che la distribuzione della sifilide maligna coincideva quasi con quella della malaria. L'influenza nociva della malaria sul decorso della sifilide era stata messa in evidenza dal Fournier.

Gli AA. trovano di ciò la spiegazione nelle alterazioni profonde delle cassule surrenali prodotte dalla malaria, le quali portano un forte abbassamento della pressione arteriosa. Con numerose ricerche fra le varie popolazioni arabe gli AA. hanno dimostrato che la frequenza delle lesioni sifilitiche distruttive è in rapporto diretto con l'ipotensione arteriosa, che nel paludismo costituirebbe il fattore aggravante dell'infezione sifilitica.

Però negli indigeni il paludismo non è il solo fattore della ipotensione arteriosa, che è così

frequente anche indipendentemente dall'infezione malarica. L'astinenza dalle sostanze alcooliche, il regime vegetariano, la temperatura elevata tendono ad abbassare la pressione arteriosa. Anche la sifilide nel periodo secondario contribuisce per la sua parte ad aumentare l'ipotensione. L'ipotensione, rallentando gli scambi nutritivi dei tessuti, ha una grande importanza nella evoluzione della sifilide, perchè prepara il terreno a lesioni ulcerose necrotiche che stentano a cicatrizzarsi.

Nei nostri paesi le sifilidi cutanee maligne sono rare; ma se per ragioni speciali la tensione arteriosa è bassa, la sifilide spesso dà luogo a lesioni necrotiche. Queste lesioni di solito resistono a lungo all'azione del mercurio, che certamente non tende ad elevare la pressione arteriosa; ma guariscono rapidamente per effetto dei preparati arsenicali, che elevano la pressione e rigenerano il sangue.

P. S.

La combinazione alcool-sifilide.

Lacapère (*La Presse Médicale*, 3 luglio 1919), in uno studio della sifilide, fatto sugli indigeni dell'Africa del Nord, mostra le differenze sintomatiche di questa malattia fra gli Europei e gli Arabi del Marocco. Presso gli Europei le lesioni cutanee sono quasi sempre leggiere, mentre sono più gravemente colpiti il sistema nervoso e quello viscerale; presso gli Arabi, al contrario le lesioni ossee e cutanee sono estremamente gravi ed eccezionalmente sono colpiti i visceri e il sistema nervoso. Inoltre presso gli Europei, le lesioni terziarie viscerali e nervose sono caratterizzate specialmente dalla sclerosi, mentre le lesioni gommose sono molto più rare; presso gli arabi invece le lesioni viscerali e nervose, quando esistono, si presentano sotto forma necrotica o gommosa.

Questa differenza di manifestazioni nella stessa malattia è dovuta, secondo l'A., al fatto che gli Europei abusano di alcoolici sotto tutte le forme, mentre gli Arabi in genere non bevono che acqua. Nel sifilitico, l'alcool può agire in svariati modi: talvolta colpisce rapidamente un viscere e associandosi alla sifilide, può portare a una rapida e totale modificazione di un organo (cirrosi atrofica); altre volte l'alcool agisce più lentamente, quando p. e. colpisce il sistema arterioso, fino a determinare la sclerosi arteriale con le sue manifestazioni multiple (aneurismi, emorragia cerebrale, nefriti sclerose); finalmente l'alcool può creare una specie di *diatesi sclerogena* per impregnazione lenta, che guiderà verso la sclerosi le manifestazioni sifilitiche. Questa impregnazione alcoolica creerebbe negli Europei, un'ipertensione permanente, necessaria alla produzione della sclerosi; ipertensione che fa difetto negli Arabi, i quali non bevono vino e spesso sono invece affetti da malaria, la quale è ipotensiva per eccellenza. L'A., inoltre ammette anche una diatesi sclerosa ereditaria negli Europei.

Mentre negli Arabi, le forme nervose più abituali sono le paraplegie da lesioni distruttive del midollo, negli Europei invece, sono molto frequenti la tabe e la paralisi progressiva, malattie eccezionali negli Arabi. Per spiegare la rarità della paralisi progressiva negli Arabi, si è insistito sulla loro naturale apatia e quindi sul mancato surmenage intellettuale, riconosciuto come importante causa occasionale della paralisi generale. L'A. però dà importanza anche all'intossicazione alcoolica, la quale agirebbe come un ipertensivo, che associandosi alla sifilide determinerebbe la trasformazione fibrosa di un organo, già traumatizzato dal surmenage cerebrale.

Uguale importanza avrebbe l'alcool nella produzione della tabe.

Questa influenza dell'alcool nell'orientazione della sifilide verso la sclerosi, si manifesta anche nella tubercolosi. Infatti, mentre nei tubercolosi sifilitici e alcoolisti (Sergent) si osserva spesso una sclerosi della lesione tubercolare, questo fatto non suole avvenire negli Arabi, nei quali dunque la sifilide sola non è sufficiente a determinare la calcificazione della lesione tubercolare.

Concludendo l'A., crede che la maggior parte delle sclerosi viscerali e nervose, siano dovute a un fattore ipertensivo, l'alcool, e a un fattore sclerosante, la sifilide.

CESETTI.

Angina di petto e sifilide.

Josuè, nella terza parte dei casi di angina di petto, ha avuto risultati positivi dalla siero-reazione per la sifilide (*Paris médical*, 1919, n. 27). La cura specifica invece ha dato risultati favorevoli nella proporzione di 8/9, anche nell'assenza completa di altri sintomi di sifilide acquisita od ereditaria.

L'angina pectoris dunque per sè stessa costituisce un indice quasi sicuro di infezione sifilitica.

L'A., disamina i vari metodi di cura specifica. Negli aortici, il 914 presenta inconvenienti seri: si possono avere crisi di edema polmonare acuto anche in seguito a dosi deboli del preparato. L'A., raccomanda di adoperarlo con molta prudenza, e cominciando da dosi di 10 centigr ogni 3-4 giorni, per passare poi a dosi più alte, ma sempre con molta circospezione. Il tratta-

mento di scelta sarebbe costituito dalle iniezioni endovenose di 1 ctgr., di cianuro di mercurio a giorni alterni. L'A., pratica questa cura in ogni caso di angina di petto, anche se mancano altri segni di sifilide e la reazione di Wassermann è negativa.

p. s.

Rachitismo e sifilide.

A. Fournier ammetteva nella sifilide ereditaria una causa predisponente al rachitismo. Il Parrot, riteneva che anche la tubercolosi e le affezioni del sistema digerente avessero la stessa influenza predisponente al rachitismo.

Il Marfan, sostiene che in tutti i periodi dell'infanzia la eredosifilide ne rappresenta la causa più frequente.

La sifilide può dar luogo a tutte le forme di rachitismo. Quattro fatti caratterizzano il rachitismo sifilitico: comparsa precoce nei primi 3-4 mesi dalla nascita; prevalenza delle lesioni del cranio: malacia, deformità delle ossa craniensi; anemia molto spiccata; ipertrofia della milza.

Le forme di rachitismo che determinano gravi deformità ossee permanenti, sono per lo più di origine sifilitica.

La cura specifica mercuriale ed arsenicale dev'essere metodicamente praticata per parecchi anni. Contemporaneamente si curerà lo stato generale di nutrizione e più specialmente quello delle ossa, mediante un regime alimentare ben appropriato, misure d'igiene generale, stimolanti esterni come bagni e massaggi, cure ricalcificanti, olio di fegato di merluzzo, adrenalina.

p. s.

I sifiloidi post-erosivi dei neonati.

Jacquet descrive con questa denominazione una dermatite papulosa erosiva dei neonati, di natura benigna, frequentemente secondaria all'eritema dei neonati, a questa ben nota manifestazione eczemiforme vescicolosa e secondariamente erosiva. Alla base delle erosioni si sviluppano rapidamente piccole papule bene rilevate, di consistenza elastica, di colorito roseo lievemente cianotico. Alla pressione digitale non scompaiono del tutto. Queste papule si stabiliscono talvolta in poche ore od in una sola giornata, durante da 1 a 2 settimane, scompaiono spontaneamente senza lasciar traccia.

Esse possono trarre in errore per la diagnosi di natura, per la loro somiglianza coi sifilodermi papulo-erosivi. Al diagnostico differenziale giova la coesistenza di elementi erosivi semplici con le papule superficialmente erose ed essudanti. Anche le localizzazioni sono tipiche: natiche, parti convesse della coscia e polpacci, con integrità delle pieghe cutanee.

La diagnosi è facile nei neonati robusti, più incerta in quelli che presentino stigmate di eredo-lue, tanto più che in questi le papule sono meno rilevate e non sono erose. In questi casi sospetti bisogna ricorrere ai mezzi di laboratorio.

Questa dermatite è legata a disturbi delle funzioni digestive, in rapporto a difetti dell'alimentazione. Dopo aver provveduto a questi disturbi, per la cura locale, si raccomanderà la massima pulizia, medicature umide di breve durata, bagni e polverizzazioni. (*Journal de Méd. et de Chir. pratiques*, 1919, pag. 345).

P. S.

Influenza delle cure attive insufficienti nella comparsa della sifilide delle meningi.

Le osservazioni cliniche, le ricerche anatomopatologiche, i lavori batteriologici e sperimentali hanno concordemente dimostrato l'esistenza di due specie di treponema, l'una dermotropa, l'altra neurotropa. Molti sifilitici infatti che presentano degli accidenti nervosi non furono mai specificamente curati perchè non presentarono mai fenomeni cutanei o mucosi.

Ma l'A. giustamente osserva (Pinard, *Paris Médical*, marzo 1920) che il treponema non sempre è così precisamente specializzato, e che a causa di cure non rigorosamente condotte si può far cambiare gli attributi di un treponema dermotropo in neurotropo.

E non soltanto le cure insufficienti, ma anche le cure molto attive possono favorire l'evoluzione della sifilide sul sistema nervoso, se il composto attivo sia adoperato a dosi molto deboli, o per periodi e serie molto brevi, o ad intervalli di tempo molto lunghi fra un periodo di cura e l'altro. Se la cura è stata sufficientemente attiva per impedire la comparsa di manifestazioni cutanee, la spirocheta può migrare verso il sistema nervoso dove essa è meno facilmente vulnerabile. Così si spiegano i numerosi casi di accidenti nervosi (sordità, paralisi oculari) verificatisi nei primi tentativi di cura col 606, sopra tutto quando per paura di detti fenomeni si diminuirono le dosi del medicamento.

Milian recentemente ha messo in evidenza il pericolo delle cure insufficienti per quanto riguarda le manifestazioni cutanee; e ciò dicasi tanto più per la sifilide nervosa.

Nicolau ha osservato che dopo 20-25 iniezioni di biioduro di mercurio in casi di sifilide recente la linfocitosi nel liquido cefalo-rachidiano

quasi sempre aumenta in modo spiccato, raramente non si modifica, più raramente ancora diminuisce.

L'A. ha notato fatti analoghi nella cura della sifilide nervosa mediante i preparati arsenicali. Spesso ha osservato peggioramento dei sintomi clinici ed aumento della linfocitosi e del tasso dell'albumina nel liquido cefalo-rachidiano dopo la prima serie d'arsenobenzolo. Nei casi che succintamente riferisce, si hanno frequenti accidenti nervosi (paralisi del facciale, paralisi del 3° paio, nevrite ottica, sintomi di paralisi generale) comparsi dopo la prima serie d'arsenobenzolo, specialmente quando questa fu debole, guariti più o meno rapidamente con ulteriori periodi di cura dello stesso preparato.

In conclusione l'A. osserva che fatti di neurotropismo terapeutico si possono aver con le cure mercuriali come con le arsenicali. Ciò che importa è di precisare i punti deboli nell'uso di questi medicamenti contro l'infezione sifilitica. Dal punto di vista del neurotropismo sono dannosi: i medicamenti debolmente attivi quali il benzoato, il biioduro, le pillole; le piccole dosi di medicamenti attivi; le serie uniche o troppo distanziate dei medicamenti attivi.

All'inizio della sifilide la cura dev'essere intensiva ed i medicamenti devono essere adoperati a dosi fortemente treponemicide, sempre tenendo conto della resistenza dell'organismo. Dopo un primo periodo di cura, l'intervallo di riposo dev'essere breve. La cura dev'essere proseguita fino alla scomparsa dei segni clinici, sierologici e cefalo-rachidiani. È nelle prime settimane che la sifilide deve essere più specialmente combattuta con intensità e perseveranza e può guarire.

P. SABELLA.

Profilassi antisifilitica con salvarsan.

40 donne clinicamente e sierologicamente trovate non infette, che senza alcuna misura preventiva avevano avuto coito — il più delle volte ripetutamente — con uomini sifilitici, furono sottoposte profilatticamente ad una cura endovenosa di neosalvarsan.

Di queste nessuna ammalò, la R. W. rimase negativa. Una acquistò due mesi dopo la cura preventiva un'affezione primaria al naso; il suo amante aveva placche sulle labbra, sulle guancie e sulle tonsille. Altre 5 donne, nelle stesse condizioni, che avevano ricusato il trattamento preventivo, divennero sifilitiche. La dosazione di questa cura abortiva nel periodo di incubazione deve arrivare ai 2-25 gr. di neosalvarsan. (*Presse médicale*, n. 55, 1919).

ps.

Pomata per la profilassi antivenerea.

Timolo	gr.	1.75
Calomelano	»	25.00
Vaselina	»	23.25
Lanolina	»	50.00

Questa pomata viene applicata sulla mucosa esterna a scopo antisifilitico ed iniettata nell'uretra (servendosi dello stesso tubello in cui è contenuta) a scopo antiblenorragico. (Ganduchean, *Rev. d'hygiène*).

r. s.

NOTE DI TECNICA.

Nuovi metodi di colorazione dei bacilli tubercolari.

K. W. Jötten e P. Haarmann (*Münchn. Med. Wochenschr.*, n. 24, 1920) hanno paragonato i risultati ottenuti colorando 170 preparati col vecchio metodo di Ziehl-Nielsen e coi metodi più recenti di Kronberger (alcool jodato) di Spengler (acido picrico-alcool) di Marx (colorazione di contrasto con soluzioni al 0,3 % di crisoidina) e di Weiss (id. con soluzione al 0.1 % di permanganato di potassio). Di questi il miglior metodo si è dimostrato quello di Spengler. Risultati ancora migliori hanno ottenuto gli AA. colorando i preparati colla fucsina fenica, decolorando con acido nitrico al 15 % per 20'', e poi per altri 10'' dopo lavaggio in acqua. I preparati vengono lavati, e colorati per 30'' col reattivo di Spengler (soluzione acquosa satura di acido picrico ed alcool assoluto a parti eguali). Il vantaggio del metodo consiste nel rendere trasparente col reattivo di Spengler gli elementi cellulari e render così visibili i bacilli sottostanti.

POLLITZER.

IGIENE.

I topi quali serbatoi di " virus ".

In una « tesi di Bordeaux » molto documentata, il dott. Raymond Sigales illustra il compito nefasto che spetta ai topi nella diffusione delle malattie infettive.

La parte che assumono questi animali nella disseminazione della peste bubbonica, per mezzo delle pulci, è tra i meglio stabiliti in tutta l'epidemiologia.

Durante la guerra è stato riconosciuto il compito che è loro dovuto nella trasmissione dell'ittero infettivo, divenuto frequente fra le truppe appunto perchè le trincee erano infestate dai ratti.

Gli autori giapponesi hanno scoperto che questa malattia è dovuta alla *Spirochaeta icterohaemorrhagiae*, microrganismo che i ratti disseminano specialmente nei cibi, con le loro urine e con le loro feci.

Un'altra malattia, fortunatamente rara, trasmessa dai ratti è il sodoku o malattia da morso di ratti, comunicata con la saliva, mediante le

morsicature. La malattia è stata descritta per la prima volta nel Giappone, dove è stato scoperto anche il germe che la determina — un'altra spirocheta.

I topi campagnuoli possono conferire, col morso, anche la febbre dei sette giorni. Infine i topi sembrano in grado di trasmettere, sempre col morso, l'idrofobia, sebbene il fatto risulti del tutto eccezionale.

Le malattie comunicate dai topi aumentano sempre più.

È così che lo stesso Sigales, nel ricercare le spirochete ittero-emorragiche nei ratti del mattatoio di Bordeaux, ha trovato invece, con molta frequenza, un germe paratifico non differenziabile dal para B, molto letale per le cavie: è questo un reperto interessante per l'eziologia delle paratifoidi.

In Inghilterra Cleland ha accertato che i ratti ospitano un bacillo simile a quello della lebbra.

Nel Giappone si è riconosciuto che il topo campagnuolo propaga una malattia simile al tifo esantematico, per mezzo di un insetto ematofago simile al *Leptus autumnalis*.

I rapporti tra ratti e blatte (scarafaggi domestici) nella genesi di un cancro del piloro che colpisce i ratti, costituiscono un capitolo nuovo della patologia generale, inaugurato dal Fibiger.

I topi ospitano tenie (del genere *Hymenolepis*) alcune delle quali sono capaci di parassitare l'uomo (specialmente nell'infanzia); ospitano nematelminti; ospitano protozoi intestinali ed ematozoi (tripanosomi che fortunatamente sembrano per l'uomo innocui), ecc.

La ricchezza e la copia della fauna parassitaria dei topi in genere risulta, con grande evidenza, da un magnifico lavoro, ricchissimo di osservazioni originali e di vere scoperte, pubblicato dal professore Splendore negli *Annali d'Igiene* (1920, estratto di pag. 66, con 15 tavole).

R. B.

PROFFERTE AGLI ABBONATI.

A quei nostri associati che non raccolgono in volume i numeri del « POLICLINICO » e che volessero gentilmente restituirci i fascicoli 3, 4, 9, 10, 11, 14, 15, 19 e 20 della Sezione Pratica di quest'anno, esauriti in seguito ai molti smarrimenti verificatisi pel disservizio postale, noi daremmo in cambio le due seguenti pubblicazioni:

1° MURRI - MARAGLIANO - SANARELLI: « In memoria del prof. GUIDO BACCELLI »;

2° MENDES: « Manuale di Medicina e Chirurgia di guerra ». Volume di 255 pagine con 20 figure intercalate nel testo ed una tavola in tricromia.

Ed a chi, oltre ai suddetti 9 fascicoli di Sezione Pratica, ci rinvierà anche il numero 2 di Sezione Medica (1° Febbraio 1920) ed il numero 2 di Sezione Chirurgica (15 Febbraio 1920), noi, alle suddette due pubblicazioni, aggiungeremo:

FERRERI: « Chirurgia dell'orecchio, prime vie respiratorie e loro complicazioni intracraniche ». Volume di 392 pagine con 14 figure intercalate nel testo.

Coloro che vogliono profittare di tale proposta, sono pregati di rimandarci subito i fascicoli suddetti, in piego raccomandato, accompagnati da carta da visita.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1191) *Sul pulsus recurrens.* — All'abb. numero 12461:

Il *pulsus recurrens*, espressione raramente adoperata, altro non è che il polso scoccante o celere che si osserva specialmente nell'insufficienza aortica. Caratterizzato da una rapida espansione dell'arteria subito seguita da un rapidissimo collasso, esso è la conseguenza della voluminosa ondata sanguigna lanciata dal ventricolo sinistro ipertrofico e dilatato e della corrente di rigurgito. Non è in nessun modo in rapporto nè con l'insufficienza cardiaca nè con la miocardite e molto meno con la fibrillazione delle orecchiette in cui il polso è completamente irregolare. Per sè stesso il polso ricorrente non comanda il salasso.

PEZZI.

(1192) *Penetrazione di sanguisughe nelle prime vie digerenti ed aeree.* — Al dott. S. L., abbonato n. 11005:

Le sanguisughe raramente penetrano sino entro l'esofago. Di solito si fermano nel rino-faringe, nel vestibolo laringeo, si impiantano in un ventricolo di Morgagni, più di rado scendono nella regione ipoglottica o in trachea.

Quanto alla cosiddetta *cura medica* per l'allontanamento di questi vermi essa si è dimostrata infida: è stato vantato il solfato di chinino in soluzione, come pure il tartaro emetico, altri hanno fiducia nel tabacco o inalato o da fumo. Ritengo miglior partito, quando si sia certi che la mignatta è nell'esofago, e non si possa eseguire l'esofagoscopia, introdurre, con un portacotone o ingerendone una soluzione, della cocaina. Il verme o verrà emesso *per os*, specie se si è propinato un vomitivo, oppure scenderà nello stomaco, ove l'ambiente acido gli è sfavorevole.

G. BILANCIONI.

(1193) *Liquido di Ringer.* — Ai dottori L. D'O. e B. F.:

Soluzione	cloruro di sodio al 6 %	cmc.	1000
»	carbonato di sodio all'1 %	»	10
»	cloruro di calcio all'1 %	»	10
»	cloruro di potassio all'1 %	»	7.5

Tale soluzione è iperosmotica ed è stata modificata da Ceconi come segue:

Cloruro di sodio	g.	8.28
Cloruro di potassio	»	0.38
Cloruro di calcio	»	0.21
Carbonato di sodio	»	0.13
Acqua bidistillata	»	1000 —

fil.

(1194) Al dott. Oreste Marcucci:

Un trattato moderno di dietetica è quello del Sutherland, tradotto dal Ferrio, edito dalla Unione Tipografica Torinese.

A. P.

(1195) Al dott. Paolo Tarquini:

Un ottimo e moderno trattato di dietetica è quello del Sutherland tradotto dal Ferrio, edito dall'Unione Tipografica Torinese.

A. P.

(1196) Al dott. C. D. P. di C.:

Trattati che abbiano tutti i requisiti richiesti non ne conosciamo. Buono ci risulta quello di Bergmann e Bruns in 5 volumi (Società Editrice Libraria, Milano). Di più modeste proporzioni è la *Chirurgia del pratico* di G. MARION. (Fr. Vallardi, Milano).

r. s.

CENNI BIBLIOGRAFICI

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

Lehrbuch der Volksernährung nach dem Pirquet'schen System, herausg. v. E. MEYERHOFER u. C. PIRQUET. 1 vol. in-8 gr. di pag. 300 con 32 fig. — Wienna, Berlin, Urban & Schwarzenberg, 1920. — Prezzo m. 45 (rilegato 60).

Il nome di von Pirquet è celebre tra noi per la scoperta della reazione diagnostica locale alla tubercolina e in genere dell'«allergia»; quello di suo aiuto Schick lo è per la scoperta della reazione diagnostica locale alla tossina difterica; l'uno e l'altro sono oggi assai più noti nella loro patria, l'Austria, per un sistema di nutrizione elaborato dal Pirquet ed illustrato e volgarizzato da Schick.

Il sistema in parola viene ora esposto nel volume che presentiamo, in cui hanno collaborato otto competenti.

È difficile dire con poche parole in che cosa consiste la concezione di Pirquet nel campo dell'alimentazione.

Ci basti accennare che per unità alimentare egli assume 1 gr. di latte, il quale fornisce 667 piccole calorie; lo chiama «nem» (dalle iniziali di Nahrungs - Einheit - Menge, od anche da Nutritionis El · ·tum); vi applica il sistema metrico decimale, di modo che si passa ai decanem (10 gm. di latte), all'ettonem, al chilonem, ecc. Egli riferisce al latte il valore termico di tutti gli altri cibi.

Di più egli tien conto del contenuto di proteine, che debbono rappresentare almeno il 10 % dei principî nutritivi, espresso pure in nem.

Per l'assegnazione individuale, infine, Pirquet si basa sulla superficie esterna del corpo, desunta dal peso e dalla statura secondo la formola Vierordt-Meeh ($S = {}^2/_3\ P \times A$, cioè la superficie è eguale a $^2/_3$ del peso moltiplicato per l'altezza).

In base a questi ed altri principî il pediatra di Vienna regola l'alimentazione così degli adulti (in specie nelle cucine popolari) come dei bambini (in specie dei rachitici), con risultati eccellenti, i quali hanno accreditato il metodo e lo hanno divulgato sempre più.

Il volume interessa così per le nozioni generali sulla nutrizione, sull'alimentazione e sull'allestimento dei cibi, come per le nozioni speciali relative al sistema del *nem*.

L. V.

SYDNEY W. COLE: *Practical Physiological Chemistry*. 5ª edizione. — Cambridge, W. Heffer & Sons, Ltd., 1919. — Prezzo 1 $.

Nel campo della chimica biologica specialmente in questi ultimi anni i metodi di indagine si sono moltiplicati, estesi, migliorati.

Il bisogno di conoscere dei tessuti viventi le intime modificazioni in condizioni normali e patologiche, senza però sacrificare la vita degli animali, nè danneggiare il soggetto umano, ha reso necessaria la ricerca di metodi precisi, pur non avendo a disposizione che quantità minime di materiale.

Il sangue sopratutto è stato oggetto di numerose e minute indagini: ed infatti lo studio del ricambio intermedio, da cui la fisiologia e la clinica potranno ricavare dati di grande utilità, non si può eseguire che con lo studio chimico del sangue.

In questo libro, scritto da persona che ha larga esperienza di laboratorio, si trovano raccolti con senso critico tutti questi metodi, e potrà quindi essere utilmente consultato da quanti si occupano di chimica biologica.

SILVESTRI.

WITKOWSKI G. J.: *La génération humaine*. — Un vol. in-8 di pag. 224, con 108 figure e tre tavole in colori, decomponibili. — A. Maloine et fils éd., Parigi. — Prezzo 22 frs.

Libro di volgarizzazione dove la generazione (compresovi le gravidanza, il parto, l'allattamento) è esposta *à l'usage des gens du monde*, con numerosi particolari di anatomia, fisiologia, patologia.

Le descrizioni sono mescolate a piacevoli aneddoti e citazioni classiche che ne temperano l'aridità. Il libro è alla sua nona edizione.

r. s.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Riformati dal servizio militare per tubercolosi pulmonare.

Il Ministero dell'Interno — Direzione Generale della Sanità pubblica, Ufficio affari generali — ha diretto ai signori Prefetti del Regno una circolare in data 13 luglio 1920, n. 20173, 15/1870, in cui, ricordato che con Regio decreto 4 settembre 1919, n. 186, venne modificato l'art. 4 del decreto Luogotenenziale 4 aprile 1918, n. 483, contenente disposizioni a favore dei riformati per tubercolosi pulmonare, si rileva che, in virtù di tale modifica, fu elevata da 5 a 10 lire la misura massima della diaria da assumersi a proprio carico dallo Stato, quale suo contributo nella spesa di ricovero dei riformati, dei quali si tratta, negli appositi luoghi di cura; se non chè il progressivo rincaro della vita, succeduto all'emanazione di quel provvedimento, ha dimostrata insufficiente e inadeguata la maggiore misura consentita e indicata da quel provvedimento e il limite da tale misura risultante si è tramutato in una ragione di difficoltà, e talora di impossibilità di pratici accordi con gli istituti interessati all'applicazione del citato decreto Luogotenenziale 4 aprile 1918, n. 483.

Ad eliminare tale inconveniente, nell'interesse della regolare assistenza degli ex-militari che vi hanno diritto e titolo, come ne hanno necessità nei riguardi individuali come in quelli della prevenzione della diffusione della malattia, è intervenuto il R. decreto 22 aprile 1920, n. 851, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 154 del 1° luglio 1920, con il quale viene soppressa ogni determinazione di limiti alla diaria di cui si tratta e lasciato al Ministero dell'Interno di concretare con le Amministrazioni degli enti di ricovero e cura le migliori condizioni di ammissione e di mantenimento, e con gli enti eventualmente venuti e in condizioni di concorrere alla spesa relativa, il più conveniente riparto proporzionale di queste.

In relazione ad esse, alle disposizioni contenute ai nn. 18, 22 e 23 delle norme 16 maggio 1918 per la esecuzione del citato decreto Luogotenenziale 4 aprile 1918, n. 483, le due prime già modificate il 10 novembre 1919 in relazione al successivo R. decreto 4 settembre 1919, n. 1861, si debbono intendere sostituite le seguenti:

18. — L'art. 4 del decreto, modificato dai successivi Regi decreti 4 settembre 1919, n. 1861, e 22 aprile 1920, n. 851, determina il modo nel quale lo Stato contribuisce alle spese di assistenza ospedaliera dei riformati per tubercolosi pulmonare, mettendo a suo carico una quota della diaria di ricovero di ciascuno dei riformati stessi e, occorrendo, anche l'intera diaria, e manda alle convenzioni speciali da stipularsi fra le Amministrazioni degli Istituti e il Ministero dell'Interno, di fissare così l'ammontare della diaria, come quello della quota a carico dello Stato.

22. — L'ammontare del contributo da parte dello Stato dovrà essere stabilito, tenendo conto delle condizioni finanziarie degli enti, nonchè del loro obbligo o meno al ricovero e al mantenimento di malati del genere, e della possibilità o meno di qualche concorso da parte degli altri enti locali.

23. — Tale concorso, infatti, occorre sia provocato ogni volta che risulti possibile: nè pare, in genere, debba riuscire difficile di conseguirlo, vuoi per la nobiltà della causa, vuoi perchè taluni Enti, precorrendo le nuove provvidenza statali, hanno già stanziato per queste forme di assistenza, somme che lo stesso decreto assicura a tale scopo, stabilendo all'art. 4 che gli attuali stanziamenti, che si trovino nei bilanci dei Comuni, delle Provincie e delle Opere Pie, per la cura e la profilassi della tubercolosi, non possono essere nè stornati, nè diminuiti.

Cronaca del movimento professionale.

I Medici della Croce Rossa

Fra i medici della Croce Rossa Italiana esiste un vivo malcontento per il mancato riconoscimento della loro Associazione da parte della Presidenza del detto Istituto e per le disposizioni riguardanti la possibilità di richiamo anche da parte delle autorità militari e la tendenza alla militarizzazione.

Non essendo stati accolti i loro desiderata i medici della Croce Rossa, riunitisi in assemblea a Torino, hanno deliberato di rassegnare le loro dimissioni da ufficiali della C. R. I., e di diffidare i colleghi di tutto il Regno, a mezzo degli Ordini dei Medici, delle Associazioni professionali e della stampa politica e professionale, a non accettare le nuove condizioni fatte dalla C. R. I. ai sanitari dipendenti.

Sindacato medico di Napoli.

Si è costituito, or è qualche tempo, il Sindacato Medico di Napoli e provincia.

Presiedeva l'adunanza, tenuta nei locali dell'Università, il dott. M. E. Abbamonte.

Venne adottato il motto: «*Nominem ladere; suum cuique tribuere*». Fu respinta la proposta che in tutte le sue manifestazioni il Sindacato debba associarsi all'azione degli altri lavoratori, con i quali i sanitari hanno comuni finalità ed interessi.

Fu approvato un ordine del giorno proposto dal prof. E. Giordano, perchè il Ministero del Lavoro, nello studiare il progetto di legge sull'*assicurazione obbligatoria contro le malattie*, provveda a valersi del concorso dei medici.

Fu preordinato uno schema di statuto, il quale dispone che al Sindacato prendano parte le Associazioni organizzate dei medici condotti, dei liberi professionisti, degli ospedalieri, degli ufficiali sanitari, dei medici ferroviarii e dei medici reduci dalla guerra.

CONDOTTE E CONCORSI.

ARAMENGO (*Alessandria*). — Condotta con Marmonto; L. 4500 e L. 500 per indennità residenza; L. 500 quale uff. san.; L. 800 pel mezzo trasporto; caro-viveri. Scad. 30 settembre.

CAPURSO (*Bari*). — Condotta soli poveri; L. 3000 (*sic*); aumenti quadriennali. Scadenza 30 sett.

CASTELVETRO PIACENTINO (*Piacenza*). — Due condotte; L. 6000 con quattro quinquenni del decimo, indennità caro-viveri, indennità di cavalcatura in L. 3000 Scadenza 30 settembre.

CINIGLIANO (*Grosseto*). — Il termine per le due condotte è prorogato al 10 ottobre.

FIUMEFREDDO (*Catania*). — Due condotte soli poveri; L. 5000; per uff. san., L. 500. Scadenza 30 settembre

GIARRE (*Catania*). — Concorso per titoli a due medici-chirurgi, cura gratuita poveri Giarre Città e di uno pei poveri della frazione Milo. Stipendio iniziale lordo annue L. 5000, aumento di 1 decimo per cinque quinquenni. Nomine biennali termini legge 25 febb. 1904 e relativo regolamento. Età massima anni cinquanta, salvo per coloro che abbiano prestato o prestino servizio altre condotte. Documenti di rito data recente. Scadenza 12 ottobre 1920. Per chiarimenti rivolgersi al Sindaco.

LUINO (*Como*). — Condotta. Condizioni di legge. Scadenza 30 settembre.

MONTECATINI VAL DI CECINA (*Pisa*). — A tutto 30 sett. condotta poveri; L. 6000; quadrienni fino a L. 9000; L. 2000 cavalc.; L. 500 caro-foraggi; L. 500 se uff. san.; L. 1200 caro-viveri. Servizio entro 20 giorni.

OFFANENGO (*Cremona*) — Condotta; L. 6500 e quattro quinquenni del decimo; L. 2000 per servizio fino a 1500 poveri; L. 500 per uff. san. Scadenza 30 sett.

RAVENNA. *Municipio*. — Sette condotte residenziali, al 7 ottobre; L. 7500 e dieci bienni del ventesimo, lorde; caro-viveri; L. 2000 per cavallo od autociclo. Esercizio delle funzioni entro 20 giorni dalla comunicazione. Chiedere annunzio.

SELLANO (*Perugia*). — Condotta; L. 6000 lorde; 3 quinquenni del decimo; caro-viveri L. 1200; disagiata residenza L. 2000; mezzi trasporto; generalità abitanti. Scadenza 30 sett.

THIENE (*Vicenza*). — 2° riparto; L. 6000, caroviveri; indennità locazione. Scad. 30 settembre.

VILLANOVA MONFERRATO (*Alessandria*). — Condotta pei poveri; L. 4000; L. 3 ogni povero oltre il 3 % della popolazione; L. 500 trasporto. Scadenza 30 settembre.

Medico-chirurgo, lunga pratica condotta ed ospedali, sezioni chirurgiche, accetterebbe buon interinato, prevalenza chirurgico, presso Comune con Ospedale. Scrivere: dott. Di Blasio, Cotignola (Ravenna).

Diffide e boicottaggi.

Revoca di diffide: Thiene (Vicenza); Ravarino e Frassinoro (Modena).

Nuove diffide: Madignano (Cremona); Bertiolo (Udine); Senna Lodigiana (Milano); Cesena (Ravenna); Bastiglie-Soliera (Reggio Emilia).

EDIMBURGO. — *Reale Collegio dei Chirurgi. Premio Parkin.* — Secondo le condizioni della donazione fatta dal compianto dott. John Parkin, è offerto un premio di Lst. 100 (fr. 2500 in oro circa) per il migliore saggio sugli effetti curativi dell'anidride carbonica o di altri composti del carbonio nel colera o nelle febbri o in altre malattie. La competizione è internazionale. Per informazioni rivolgersi al segretario dott. J. S. Fowler prima del 31 dicembre.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Commendatori: prof. Davide Giordano, Venezia; dott. Romano Tonin, Cairo.

Ufficiali: prof. Antonio Lombardo, Napoli; professore Orlando Orlandini, Venezia.

Cavaliere: dott. Liborio Rao, Sciara (Palermo).

NOTIZIE DIVERSE.

Congresso italiano di Ostetricia e Ginecologia.

Il XX Congresso della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia avrà luogo dal 24 al 26 ottobre, nella Clinica Ostetrico-Ginecologica della R. Università di Pavia, per solennizzare degnamente la ricorrenza di un centenario glorioso per il sapere e l'amore di studio di uomini che della scuola ostetrica ticinese levarono alta la fama in Italia e fuori.

Verranno fatti noti prossimamente il programma delle sedute ed i titoli delle comunicazioni scientifiche, che verranno presentate alla discussione dei soci. Delle due relazioni scientifiche proposte per l'attuale Congresso sarà presentata solamente quella del prof. Cova sul tema: «*Le metriti emorragiche*». In luogo dell'altra: «*La sterilità nella donna*» affidata al prof. Bordè, che ne ha declinato l'incarico, sarà proposto alla discussione dei soci in una delle sedute il tema: «*Radioterapia in ginecologia*». Ad essa sono stati invitati a prender parte anche i più distinti radiologi, perchè possano portare nella discussione il contributo della loro illuminata competenza.

I titoli delle comunicazioni dovranno pervenire al Comitato Ordinatore almeno venti giorni prima (non oltre il 4 ottobre) dell'apertura del Congresso.

Tutti i medici-chirurgi che non appartengono alla Società possono prender parte, come congressisti aderenti, alle riunioni scientifiche in seguito a domanda ed al pagamento di L. 10, col diritto di usufruire delle facilitazioni di viaggio, che si spera di ottenere per i soci, di comunicare le loro memorie e di prender parte alle discussioni. I partecipanti al Congresso potranno ottenere anche per le persone della propria famiglia le facilitazioni di viaggio loro eventualmente concesse, accompagnando la richiesta col versamento di L. 5. Il Comitato Ordinatore del Congresso si impegna di procurare alloggio pei giorni stabiliti, purchè se ne indirizzi in tempo utile la domanda.

Presidente del Comitato Ordinatore è il professor Emilio Alfieri, direttore della Clinica ostetrico-ginecologica della R. Università di Pavia.

XIII Congresso italiano d'Idrologia, Climatologia e Terapia fisica.

Ricordiamo che dal 4 all'8 ottobre si terrà in Perugia il Congresso Nazionale d'Idrologia, Climatologia e Terapia fisica.

Presidente ne è il prof. Raffaello Silvestrini.

Scopo precipuo del Congresso è quello di cercare di mettere in valore le ricchezze naturali del nostro Paese, per nulla inferiori a quelle tanto celebrate dei paesi stranieri.

Oltre al trattamento di interessanti argomenti, si organizzeranno gite alle principali stazioni climatiche della regione.

Ferve il lavoro d'organizzazione e vi sarà largo concorso di medici ed autorità sanitarie.

La quota d'iscrizione è di L. 20 per i congressisti, di L. 10 per le loro signore e per i familiari.

Le quote dovranno rimettersi al cassiero-economo del Comitato organizzatore, dott. Vittorio Teixeira, Perugia, all'atto della iscrizione.

Per l'assistenza sanitaria al proletariato intellettuale.

Si è costituita in Milano, a rogito del notaio dott. Dainati, la Società Anonima Cooperativa di Previdenza e di Assistenza Sanitaria — Case popolari di cura — la quale viene a colmare una lacuna sentita dalle famiglie del ceto medio che hanno la sventura di essere colpite da malattie. Esiste infatti una numerosissima categoria di persone (ad esempio impiegati) che non hanno requisiti di povertà per usufruire della beneficenza degli ospedali, ma che nemmeno sono in grado di sopportar le spese di cura in una clinica privata.

Istituire per tali persone case popolari di cura, ad una retta modesta, in ambienti moderni, ecco lo scopo di questa Cooperativa sorta per iniziativa del prof. cav. Caneva Ferruccio, e validamente sostenuta da benemerite persone, fra le quali il comm. dott. Piazza, presidente di amministrazione; il prof. Fiamberti, il comm. Niccolosi, il rag. Maroni, l'ing. Bettinetti, il dott. Remartini e molti altri.

La sede provvisoria della Cooperativa è in via Donizetti 12; le adesioni per la sottoscrizione delle azioni, che sono del valore di lire 50 cadauna, si ricevono dal rag. Maroni, via G. Negri 14, o dal rag. Mauri Achille, via Pasquirolo 17, Milano.

Per l'Università di Padova.

Il Rettore dell'Università di Padova ha ottenuto dal Ministero della P. I. lo stanziamento della somma di 4 milioni di lire per il proseguimento dei lavori edilizi, che renderanno tale Università una delle prime d'Italia.

Istituto Angelo Mosso.

Il 20 luglio venne aperto l'Istituto Angelo Mosso al Colle d'Olen. L'edificio sorge sui fianchi del monte Rosa, a 2901 m. d'altitudine; è un'elegante costruzione di muratura, capace di ospitare circa 20 persone, che vi trovano alloggio e vitto eccellenti a un mitissimo prezzo e mezzi necessari per le più svariate ricerche scientifiche di *fisiologia, fisiopatologia, zoologia, botanica, chimica* e *fisica terrestre*. L'Istituto è diretto con solerzia e intelligenza dal prof. A. Agazzotti di Torino.

Su una delle cime del Rosa (punta Gnifetti), ad un'altezza di 4561 m., è costruita la capanna Margherita, di cui tre stanze appartengono all'Istituto, in parte adibite per abitazione, in parte per laboratorio, a disposizione degli studiosi, che volessero compiere ricerche a grandi altitudini.

L'Istituto accoglie in ogni stagione estiva molti scienziati italiani e stranieri delle nazioni che, avendo pagato il loro contributo, hanno diritto ad uno o più posti di lavoro.

Con il perfezionarsi e moltiplicarsi dei mezzi di studio aumentano le spese, e quindi è da augurarsi che nuovi enti od istituti vogliano contribuire al miglioramento dell'Istituto, acquistando posti di lavoro. Ogni posto si acquista pagando lire diecimila, come quota unica.

Donazioni a scuole di medicina.

Il «Consiglio per l'istruzione» dell'Istituto Rockefeller annunzia la donazione di 5 milioni di dollari all'Università di Rochester. Unitamente alla donazione di 5 milioni di sterline fatta da George Eastman (della casa Kodak), questa somma verrà impiegata per fondare una Scuola di Medicina e di Odontologia annessa a quell'Ateneo.

Si farà una nuova donazione di 1,250,000 sterline (circa 100 milioni delle nostre lire correnti), con somme addizionali più modeste, al Collegio Universitario ed alla Scuola-ospedale di Londra, per provvedere al loro rinnovamento nonchè ad una migliore retribuzione del personale e per organizzare gli studî nel campo dell'igiene in tutto l'impero britannico.

Istituto internazionale di antropologia.

Per la seconda metà di settembre è indetta a Parigi una riunione di antropologi di tutti i paesi, presso l'École d'Anthropologie (rue de l'École de Médecine, 15), per addivenire alla fondazione di un Istituto internazionale d'antropologia; esso comprenderà sezioni di etnologia, eugenica, geografia medica, biologia generale, ecc.

Ispezione generale del servizio medico militare in Francia.

È stata creata in Francia un'ispezione generale permanente del materiale e degli stabilimenti ospedalieri del Servizio di sanità militare.

Nuovo ordinamento sanitario nel Brasile.

Un decreto che reca il n. 3987 riorganizza i servizi di sanità pubblica nel Brasile. È corredato da un regolamento.

La nuova organizzazione è caratterizzata dalla pletora dei servizi.

Nel giornalismo medico.

Il periodico «The Metabolist» cambia titolo, divenendo «The Journal of Organotherapy», ed assume un carattere più specializzato. Sarà ricco di lavori originali e riviste. Per quanto con-

cerne la redazione e l'amministrazione rivolgersi alla G. W. Carnrick Company, New York, 15, Laight Street.

Si è iniziata a Praga la pubblicazione degli « Annali Czechi di Dermatologia e Venereologia »; saranno organo della Società Czeco-Slovacca per combattere le malattie veneree.

Le perdite della Croce Rossa durante la guerra.

Dai dati statistici recentemente pubblicati dalla Croce Rossa Italiana si rileva che durante la recente guerra essa ebbe le seguenti perdite:

Morti per fatti d'arme o per malattie contratte in servizio: ufficiali medici 64, farmacisti 10, di amministrazione 23, cappellani 2, infermiere volontarie 43, truppa 284.

Personale ferito: ufficiali medici 12, d'amministrazione 5, cappellani 4, infermiere volontarie 1, truppa 118.

Prigionieri: ufficiali medici 21, d'amministrazione 1, infermiere volontarie 31, truppa 11.

Dispersi: ufficiali medici 3, cappellani 1, truppa 16.

Furono concesse le seguenti onorificenze:

Medaglie d'argento al valore militare: ufficiali 11, militi 1, infermiere volontarie 2.

Medaglie di bronzo: ufficiali 37, cappellani 2, militi 31.

Croce al merito di guerra: ufficiali 204, aspiranti medici 1, cappellani 8, truppa 345.

Encomi solenni: ufficiali 46, cappellani 1, truppa 30.

Citati all'*ordine del giorno*: unità ospedaliere 19, ufficiali 13, truppa 47.

Le stragi della guerra e delle malattie in Russia.

L'*Agenzia Stefani* ha riportato da Berlino la seguente notizia: Il *Golos Rossij*, giornale russo qui pubblicato, reca la seguente nota:

Il Commissariato bolscevico della salute pubblica comunica le seguenti cifre:

Numero dei morti su ogni 1000 abitanti: nel 1911, 21 ½; nel 1918, 43 ½; nel 1919, 75.

Numero dei nati su ogni 1000 abitanti: nel 1911, 29 ½; nel 1918, 15; nel 1919, 13.

In tal modo l'aumento della popolazione nel 1911 fu di 8 uomini su 1000 della popolazione, mentre nel 1919 vi fu una diminuzione di 62 uomini su 1000.

La peste a Parigi.

L'*Œuvre* afferma con tutta precisione, in seguito a una inchiesta minuziosa, di fronte ai dinieghi dell'autorità, che si sono avuti a Parigi, specialmente nei quartieri popolari e nei villaggi abitati dai cenciaioli, numerosi casi di peste, una cinquantina, seguiti da almeno quindici decessi.

Navi contumaciate contro il tifo esantematico.

Le autorità sanitarie degli Stati Uniti hanno assoggettato a quarantena le navi « Dante Alighieri » della Transatlantica Italiana, recante a bordo 1198 passeggeri, e « Olympic » della White Star, recante a bordo 2221 passeggeri, la prima perchè non si era conformata alle prescrizioni sanitarie degli Stati Uniti nei riguardi del tifo esantematico; la seconda perchè recava 180 serbi e altre passeggeri provenienti da località affette dalla malattia. Nessun caso venne riscontrato.

Effetti degli scioperi.

A suo tempo i giornali quotidiani narrarono un episodio che merita di essere ricordato.

Mentre il chirurgo primario dell'Ospedale di San Giovanni Valdarno (in prov. di Firenze), professor Pietro Bastianelli, stava operando un colono, a nome Giuseppe Sangallo, ferito da una coltellata al ventre durante i disordini che accompagnarono uno sciopero, la luce venne a mancare repentinamente a causa dello sciopero degli elettricisti.

Il chirurgo, non potendo continuare l'operazione, pregò per telefono i dirigenti del movimento, presso l'azienda, a voler ridare la corrente all'Ospedale; ma quando, dopo qualche minuto, si riebbe la luce, il ferito era diventato agonizzante e poco dopo moriva!

Le retribuzioni dei medici ospedalieri a Berlino.

Secondo informazioni da Berlino, molti medici-chirurgi si preparano seriamente a cambiare occupazione, in vista del rinvilio del lavoro intellettuale di fronte a quello manuale.

Ecco alcune paghe corrisposte nell'Ospedale Westend di Berlino: chauffeur 10,000 marchi l'anno, giardiniere 12,000, cameriere 11,700, cuoco 9000, sguattero 8500; il contrasto con gli onorari del personale sanitario risulta evidente: i medici e chirurgi, con impiego stabile, ricevono 541 marchi al mese; detratti 25 marchi d'imposta, ne restano 516 netti, che corrispondono incirca a 6000 appena l'anno. Gl'interni d'ospedale, che corrispondono ai nostri assistenti, ricevono 180 marchi al mese; è questa anche la paga delle infermiere.

Alcuni medici avrebbero fatto istanza all'Amministrazione per essere accettati in qualità di sguatteri...

Notizie dall'Italia.

Il « Journal of the American Medical Association » del 7 agosto 1920, reca la seguente notizia, a pag. 422:

Minacce di malattie ai carbonai italiani. — Corre voce che la pellagra, la malaria e l'influenza abbiano cagionato la morte di molti operai addetti alla produzione del carbone vegetale nel distretto di Città di Castello, durante questi ultimi mesi. Ciò si crede dovuto all'uso universale di polenta e alla vita nelle paludi malsane che circondano la città.

L'inno di Faure alla pace.

Il « Figaro » di Parigi aveva offerto un premio per un inno alla pace. Furono presentati al concorso settanta inni, dei quali vennero scelti i sei migliori. Tra questi il musico Saint-Saëns ne ha preferito uno che, all'apertura delle schede, risultò essere stato composto dal prof. J. L. Faure, il successore di Pozzi alla cattedra di Ginecologia della Facoltà Medica di Parigi.

Si è spento a Londra, in età di 66 anni appena, il generale medico WILLIAM C. GORGAS, già Direttore generale dei Servizi medici militari e capo del Dipartimento medico degli Stati Uniti.

Fino all'età di 45 anni il suo nome era rimasto sconosciuto.

Avendo superato un attacco di febbre gialla ed essendo perciò divenuto immune contro la malattia, venne inviato, in qualità di maggiore medico, con l'esercito d'occupazione, nell'isola di Avana.

Egli era alle dipendenze del colonnello medico Wood. L'uno e l'altro furono presi d'assalto dal dott. Finlay, il quale sosteneva di avere scoperto che la febbre gialla è trasmessa da zanzare e che perciò si sarebbe potuto debellarla. Dapprima scettiche e riluttanti, le autorità sanitarie finirono per cedere a quelle insistenze e col far nominare dal Governo una Commissione, di cui faceva parte Walter Reed. Questi riuscì a convincere il mondo scientifico che la teoria del medico cubano era esatta.

Gorgas seppe immediatamente devolvere la scoperta a scòpi pratici, ed in seguito a varie missioni di fiducia riuscì a debellare — od almeno parve — la febbre gialla nella città di Avana, poi nella zona di Panama, sulla costa occidentale degli Stati Uniti, nell'America meridionale; contemporaneamente faceva ridurre in modo notevolissimo la malaria in queste località.

Nel 1913, su richiesta del Governo inglese, riuscì anche a vincere una grave epidemia di polmonite che infieriva nelle miniere dell'Africa meridionale.

Lasciò un interessante lavoro sulla lotta contro le zanzare.

Durante la guerra organizzò in modo meraviglioso i servizi medici nell'esercito americano, volgendo ogni cura alla profilassi.

Era affetto da morbo di Bright: è stato ucciso da una paralisi. L. P.

È morto a 83 anni ARMAND GAUTIER, professore alla Facoltà di Medicina di Parigi, già presidente dell'Académie de Médecine e dell'Académie des Sciences.

Non fu solo un chimico sperimentato e un insegnante di valore, ma anche un grande scienziato ed un innovatore. Egli ha compiuto un'opera considerevole nel dominio della chimica, della fisiologia, dell'igiene, della terapia.

Una speciale menzione meritano i suoi lavori sulla distribuzione dell'arsenico nell'organismo, sull'acido cacodilico e i suoi derivati; a queste ricerche dobbiamo l'introduzione dei cacodlati in terapia; esse furono l'incentivo agli studi che condussero alla terapia arsenobenzolica.

Armand Gautier ha pubblicato una serie di opere: la «Chimie appliquée à la physiologie, à la pathologie et à l'hygiène» in due volumi; il «Traité de chimie minérale et organique» in tre volumi; le «Leçons de chimie biologique normale et pathologique»; la «Chimie de la cellule vivante»; «L'alimentation et les régimes chez l'homme sain et chez les malades», ecc.

Fu un lavoratore instancabile e coscenzioso.

R. B.

È morto a 89 anni il prof. CASIMIR FÉLIX GUYON, il creatore dell'urologia moderna.

Nel 1877 era stato nominato professore di patologia chirurgica dalla Facoltà medica di Parigi; nel 1890 venne fondata per lui la Cattedra di clinica delle malattie delle vie urnarie e la tenne fino al 1906, quando andò in congedo per ragioni di età.

Ha fondato gli «Annales des maladies des organes génito-urinaires», in cui ha consegnato una serie di lezioni e di osservazioni cliniche interessanti; ha pubblicato la «Leçons sur les affections chirurgicales de la vessie et de la prostate» e le «Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires».

Ha educato moltissimi allievi, tra cui Legueu, Albarran, Segond, ecc.

Ha fatto beneficare la chirurgia urinaria di tutti i progressi della chirurgia generale; suo merito principale — notevolissimo per quei tempi — fu di avere applicato in urologia e perfezionato i metodi di antisepsi.

Tutta la sua opera clinica si è svolta nell'Ospedale Necker. M.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1920 - Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, *ed. resp.*

Anno XXVII Roma, 4 Ottobre 1920 Fasc. 40

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DI CLINICA MED. DELLA R. UNIV. DI ROMA
diretto dal prof. VITTORIO ASCOLI

La reazione di Wassermann e la reazione di Sachs-Georgi nella sierodiagnosi della sifilide

per il dott. FERRUCCIO MARCORA, aiuto.

Quantunque la reazione di Wassermann (1) introdotta fino dal 1906 nella sierodiagnostica si sia subito dimostrata mezzo d'indagine di grande finezza e si sia ormai da lunghi anni imposta dovunque, acquistando il valore di sussidio diagnostico indispensabile al medico pratico, pure non sono mancate numerose ricerche, in parte ispirate al desiderio di risolvere problemi d'indole dottrinale, in parte consigliate da esigenze pratiche, dirette allo scopo di sostituire ad essa una reazione più semplice e meno costosa. La via a tali ricerche venne aperta dalle esperienze di L. Michaelis (2) il quale dimostrò che mescolando un estratto di organo (fegato sifilitico) con siero luetico in determinate proporzioni, il che appunto costituisce uno dei momenti della reazione di Wassermann, poteva provocarsi una precipitazione

visibile ad occhio nudo. E infatti ai risultati ottenuti da Michaelis furono ispirate le ricerche successive di Porges e Meier (3), Elias Neubauer, Porges e Salomon (4), Hermann e Perutz (5), Klausner (6), Sachs e Altmann (7), Teruuchi e Tojoda (8), Jacobsthal (9), Bruck e Hidaka (10), Hecht (11) e altri, e le reazioni che da essi presero il nome, le quali avevano tutte la caratteristica comune di essere basate su un processo di floculazione specifica, sia che questa venisse provocata, come nei procedimenti proposti da Porges e Maier, da Elias Neubauer, Porges e Salomon e da altri, mettendo a contatto sieri luetici con miscugli di lipoidi (estratti alcoolici di organi) o soluzioni alcooliche di lipoidi chimicamente puri (colesterina), sia che ad essa si arrivasse, come nella reazione di Klausner, ottenendo la precipitazione specifica dei sieri luetici mediante diluizione di questi con liquidi poveri o privi di elettroliti (acqua distillata).

Tali ricerche però, pur portando a risultati interessanti e di non scarsa importanza dottrinale in quanto illuminarono fini e delicati fenomeni biologici, non diedero, nel campo pratico, apprezzabili frutti. Le reazioni che avevano in esse il loro fondamento, si mostrarono o di troppo difficile e complicata esecuzione o dotate di sensibilità e specificità non sufficienti, così che con nessuna di esse fu possibile sostituire la reazione di Wassermann.

Solo recentemente le difficoltà recate dalla guerra al rifornimento di animali da esperimento, e la necessità di limitare le spese di laboratorio spinsero gli autori tedeschi a rinnovare i tentativi diretti a trovare un procedimento che, in confronto di quello di Wassermann, presentasse il duplice vantaggio di un minor costo e di una tecnica meno complicata.

Frutto delle nuove indagini furono la reazione di Meinicke (12) e quella di Sachs e Georgi (13): esponente di entrambe è un processo di floculazione.

Secondo il procedimento proposto da Meinicke si mescolano i sieri in esame con un estratto alcoolico di organo, diluito con acqua distillata, vale a dire si sottopongono i sieri stessi all'azione contemporanea di sostanze lipoidi e di un liquido povero di elettroliti. Operando in tal modo si ottiene in tutti i sieri un precipitato che, per aggiunta successiva di soluzione fisiologica ad adatta concentrazione, scompare nei sieri non luetici, mentre in quelli luetici rimane immutato. Questa maggiore resistenza del precipitato di fronte alla azione solvente del cloruro di sodio costituisce appunto, secondo Meinicke, un costante e peculiare carattere dei sieri luetici utilizzabile per la diagnosi di sifilide.

Secondo il procedimento di Sachs e Georgi invece si ottiene una floculazione caratteristica dei sieri luetici quando questi siano mescolati in determinate proporzioni, con estratto alcoolico di cuore di bue colesterinizzato e opportunamente diluito con soluzione fisiologica.

La reazione di Sachs e Georgi, di facile e semplice esecuzione, ha incontrato, nei paesi di lingua tedesca, il più grande favore ed è ormai da quasi due anni, e con successo, largamente sperimentata. Altrove invece la nuova reazione ha trovato sinora scarsissima applicazione ed in Italia, ove si eccettui il recente lavoro di Moreschi (14), nessuna pubblicazione è apparsa che ad essa si riferisca. In considerazione di ciò non ho creduto di fare opera superflua eseguendo sistematicamente e contemporaneamente sul siero di sangue degli infermi degenti in Clinica tanto la reazione di Sachs-Georgi che quella di Wassermann e confrontando volta per volta i risultati ottenuti coi due procedimenti. A compiere tali indagini fui essenzialmente spinto dal pensiero che qualche interesse avrebbe conferito alle mie ricerche se non il numero delle esperienze, il materiale particolarmente adatto col quale esse potevano essere allestite. Ed in verità ben pochi sono coloro, fra quelli che hanno pubblicato statistiche numerose, che abbiano avuto l'opportunità di sperimentare con sieri provenienti da malati accuratamente studiati e provvisti di diagnosi sulla cui esattezza si potesse fare sicuro assegnamento, i quali, come è ovvio, rappresentano il materiale di studio più favorevole per saggiare ad un tempo la sensibilità e la specificità della nuova reazione.

Prima di riferire sulla tecnica seguìta e sui risultati raggiunti, credo indispensabile fare un rapido cenno ai dati di fatto, stabiliti da precedenti esperienze, ed ai conseguenti principî dottrinali che hanno guidato i due studiosi tedeschi alla scoperta del loro procedimento, perchè soltanto tenendo conto di essi è possibile valutare l'importanza della reazione di Sachs-Georgi sotto il doppio punto di vista teorico e pratico ed apprezzarne il valore in confronto della reazione di Wassermann.

Il concetto informatore della reazione di Sachs-Georgi è conseguenza diretta di una lunga serie di esperienze e di ricerche, le quali sono venute gradualmente dimostrando che alle reazioni immunitarie non tanto presiedono fenomeni interpretabili come reazioni chimiche quanto fenomeni riferibili a modificazioni fisico-chimiche dei colloidi contenuti nelle so-

stanze che vengono nelle reazioni serologiche fra loro a contatto.

Una esposizione particolareggiata e completa delle indagini numerosissime e interessanti relative a questo importante argomento porterebbe inevitabilmente alla trattazione di questioni d'indole generale e sarebbe quindi sproporzionata ai limiti modesti entro cui questa breve nota vuole essere contenuta. Tuttavia non posso far a meno di ricordare le ricerche di Landsteiner e Jagie (15), Friedemann (16), Bordet (17), Hirschfeld e Klinger (18), Sachs e Altmann (20), Jakoby e Schütze (21), Omorokow (22), Sachs e Omorokow (23), Ritz (24), Sachs (25), Sachs e Ritz (26), Schmidt e Liebers (27), Weil (28), Nathan (29), Coca (30), Thorsch (31), Azzi (32) el altri ancora sulla inattivazione del siero complementare per mezzo dei più svariati procedimenti siano questi fisici o chimici come lo scuotimento la diluizione con acqua distillata, l'azione del veleno del cobra, l'azione di sospensioni batteriche o quella di speciali sostanze chimiche, oppure siano strettamente immunitari come la fissazione o la deviazione del complemento.

Le esperienze dei predetti autori hanno dimostrato che, in generale, l'attività biologica dei sieri può essere influenzata dall'azione di fattori fisico-chimici. In un campo più limitato, ma per noi particolarmente interessante, hanno dimostrato che nelle reazioni strettamente immunitarie, vale a dire nelle reazioni che intervengono fra antigeni e anticorpi specifici, la fissazione del complemento è legata ad un particolare perturbamento dell'equilibrio fisicochimico del sistema immunitario, e più specialmente ad una determinata modificazione delle globuline. Tale modificazione consiste essenzialmente in una diminuzione del grado di dispersione delle globuline stesse, la quale, anche senza essere di tale entità da provocarne la floculazione, può influenzare l'equilibrio fisico-chimico del siero complementare.

Ad ammettere un tale meccanismo portano le ricerche di Sachs (33), Sachs e Teruuchi (34), nei riguardi dell'emolisi, quelle di Friedemann (35) e Franceschelli (36) nei riguardi della fissazione del complemento che si accompagna alla precipitazione specifica.

Da quanto son venuto esponendo risulta che, allo stato attuale delle nostre conoscenze, possiamo considerare le reazioni serologiche che portano alla inattivazione del complemento caratterizzate da due fasi ben distinte: nella prima si avrebbe, in seguito alla combinazione antigene-anticorpo, la caratteristica modificazione delle globuline, nella seconda, per l'azione delle globuline modificate sul complemento, si giungerebbe alla inattivazione di quest'ultino.

Di meno sicura interpretazione sono i fatti che si svolgono nella reazione di Wassermann, la quale non può essere rigorosamente considerata una reazione immunitaria fra antigeni ed anticorpi specifici in quanto per essa l'antigene può essere costituito da estratti alcoolici di organi normali.

Tuttavia anche per la fissazione del complemento che avviene nella reazione di Wassermann deve ammettersi, secondo Sachs, un meccanismo analogo a quello che determina la fissazione del complemento nelle reazioni strettamente immunitarie. I lipoidi contenuti nell'estratto di organo venendo a contatto col siero luetico vi determinano, per ragioni che ancora sfuggono alla nostra esatta conoscenza, una modificazione delle sieroglobuline caratterizzata dapprima da una diminuzione del grado di dispersione e successivamente da una floculazione più o meno spiccata dalle globuline stesse. Le globuline modificate provocano poi secondariamente la fissazione del complemento. L'azione anticomplementare però non è legata alla floculazione che avviene soltanto in secondo tempo, ma alla fase iniziale dell'alterazione delle globuline. Per Sachs non è ancora deciso se la modificazione delle globuline sia limitata a quelle contenute nel siero luetico o si estenda a quelle contenute nel siero di cavia che si usa come complemento.

Questa interpretazione dell'intimo meccanismo della reazione di Wassermann, che Sachs già da tempo ha emesso in via d'ipotesi, ha costituito per il ricercatore tedesco e per il suo collaboratore il presupposto necessario alla concezione del nuovo procedimento. E infatti, accettata per la reazione di Wassermann la spiegazione più sopra accennata, era ovvio pensare alla possibilità di rendere apprezzabile sotto forma di una visibile floculazione, le alterazioni delle globuline. Per arrivare a ciò doveva essere sufficiente raggiungere condizioni di esperimento così favorevoli che permettessero di ottenere una intensità massima delle alterazioni globuliniche e della floculazione ad esse consecutiva. Dopo molti tentativi infruttuosi gli studiosi tedeschi raggiunsero l'intento a cui miravano colesterinizzando in varia misura, secondo opportune modalità che descriveremo in seguito, gli estratti alcoolici di organo che loro servivano da antigeni per la reazione di Wassermann. In ciò essi furono guidati da precedenti ricerche di Sachs (37), recentemente dallo stesso (38) confermate, dalle quali risulta che la colesterinizzazione esalta notevolmente l'attività degli estratti alcoolici

senza influenzare in alcun modo la specificità della reazione Wassermann.

Circa il meccanismo col quale la colesterina aggiunta all'estratto favorisce in misura tanto notevole il prodursi della floculazione non si hanno ancora nozioni precise. Secondo Sachs e Georgi essa, con ogni verosimiglianza, accelera e intensifica l'alterazione delle globuline, la quale, come già si è fatto notare, anche quando non sia di grado così spiccato da essere visibile, è sufficiente ad esercitare un'azione anticomplementare. Ma non si può escludere, d'altra parte, che la colesterina tocchi meno direttamente il meccanismo della reazione, e che la funzione di essa si limiti a rendere più percettibile la floculazione. In questo senso deporrebbero le già citate esperienze di Friedemann secondo le quali il precipitato che si va formando sarebbe costituito non soltanto dalle globuline, ma da un complesso di globuline e lipoidi.

Da quanto son venuto esponendo risulta che con ogni probabilità tanto la reazione di Wassermann che quella di Sachs e Georgi riposano sullo stesso principio: tanto l'una che l'altra sono caratterizzate da una particolare alterazione delle sieroglobuline, la quale, nella prima, è messa in evidenza dalla fissazione del complemento e dal conseguente impedimento dell'emolisi, nella seconda, da un processo di floculazione. Così intesa la reazione di Sachs-Georgi può essere considerata, in un certo senso, più che una nuova reazione una modificazione della reazione di Wassermann. Con essa i due ricercatori tedeschi hanno raggiunto il duplice scopo teorico e pratico di meglio illuminare il meccanismo della reazione di Wassermann e di offrire per la sifilide un mezzo diagnostico d'incomparabile semplicità.

***

Ho più volte affermato che la reazione di Sachs-Georgi è di facile e semplice esecuzione. Essa però richiede precisione ed esattezza di tecnica. Perciò ritengo opportuno riportare i consigli e gli accorgimenti che gli stessi Sachs e Georgi consigliano perchè il procedimento da loro proposto dia risultati soddisfacenti. Per la reazione ha grandissima importanza l'estratto e perciò la preparazione di esso richiede la massima cura. Una determinata quantità di cuore di bue (*) viene accuratamente sgrassato e triturato, mescolato con alcool in un matraccio nella proporzione di 1 gr. di cuore per 5 cc. di alcool e tenuto per 24 ore in agitatore.

L'estratto così ottenuto, dopo filtrazione, viene concentrato mediante evaporazione a 35°-40° fino a un quarto o un quinto del volume primitivo. Successivamente viene diluito con dosi varie di alcool e infine addizionato di quantità variabili di una soluzione alcoolica di colesterina 1 % (la colesterina e l'alcool debbono essere purissimi) in modo da ottenere il grado di concentrazione e di colesterinizzazione più favorevole per la reazione. Sachs e Georgi avrebbero ottenuto i migliori risultati colla seguente miscela:

Estratto greggio concentrato . .	cc.	100
Alcool	»	200
Soluzione di colesterina 1 % . .	»	13,5

Queste cifre però, come gli stessi Sachs e Georgi fanno notare, sono ben lungi dall'avere un valore assoluto. Infatti, secondo le ricerche di Sachs e Rondoni (39), l'attività di un estratto alcoolico è dovuta non all'azione di un solo lipoide, ma all'azione contemporanea di parecchi lipoidi ed è in rapporto non tanto alla concentrazione assoluta di tali lipoidi quanto alla loro concentrazione relativa. Perciò, essendo l'estratto alcoolico preparato in modo empirico, e potendo notevolmente variare le quantità di lipoidi che vengono estratti in rapporto alla temperatura, alle qualità dell'organo adoperato, ecc., è ovvio che tanto per l'aggiunta di alcool all'estratto concentrato, quanto per la colesterinizzazione non è possibile seguire norme fisse, ma si deve procedere volta a volta per tentativi.

Anche per la diluizione dell'estratto con soluzione fisiologica debbonsi seguire speciali modalità. Innanzi tutto nei riguardi della diluizione dell'estratto con soluzione fisiologica valgono le stesse considerazioni fatte nei riguardi della aggiunta di alcool all'estratto greggio concentrato: il titolo della diluizione dovrà essere quindi determinato per ogni singolo estratto tenendo conto che, in generale, gli estratti preparati secondo le norme più sopra riferite, rispondono bene alla diluizione di 1 : 5 o 1 : 6. Inoltre di non scarsa importanza è il modo con cui la diluizione viene eseguita: anche per la reazione di Sachs e Georgi vale l'osservazione precedentemente fatta da Sachs e Rondoni per la reazione di Wassermann: che gli estratti diluiti rapidamente presentano una minore attività in confronto di quelli diluiti frazionatamente, cioè mediante addizione di soluzione fisiologica goccia a goccia. Senonchè, procedendo col metodo della diluizione frazionata, può accadere che, se non immediatamente almeno dopo un certo tempo, l'estratto perda la propria omogeneità dando luogo ad un intorbidamento più o meno spiccato il quale disturba i risultati della reazione

(*) Può usarsi con vantaggio anche cuore umano o cuore di cavia.

di Sachs-Georgi, che debbono valutarsi in base alla trasparenza del liquido in esame. Per ovviare a questo inconveniente, Sachs e Georgi consigliano di procedere nel modo seguente. Ad una parte in volume di estratto si aggiunge rapidamente un egual volume di soluzione fisiologica, avendo cura di tenere la bottiglia, nella quale si fa la miscela, in posizione orizzontale e agitandola leggermente. Successivamente si aggiungono rapidamente tante parti di soluzione fisiologica fino ad ottenere la diluizione voluta.

I sieri in esame debbono essere freschi, inattivati a 56° per mezz'ora e, ove occorra, accuratamente centrifugati fino a trasparenza perfetta. Piccole quantità di contenuto emoglobinico non disturbano la reazione.

La soluzione fisiologica deve essere non solo sterilizzata, ma anche filtrata in modo da ottenere che essa sia assolutamente limpida.

Per la reazione si allestiscono una prova principale e parecchie prove di controllo e si procede nel modo seguente:

1° Prova principale. — A cmc. 0.5 di un estratto alcoolico colesterinizzato diluito nelle volute proporzioni con soluzione fisiologica al 0.85 %, si aggiunge 1 cmc. del siero da esaminare preventivamente inattivato per mezz'ora a 56° e diluito nella proporzione di uno a dieci con soluzione di cloruro di sodio al 0.85 %.

2° Prove di controllo: *a*) sieri sicuramente luetici e sieri normali vengono trattati come nella prova principale; *b*) controllo dei sieri: cmc. 1 di ogni siero diluito 1 : 10 viene mescolato, come nelle prove precedenti, con alcool diluito in soluzione fisiologica al 0.85 %. La diluizione dell'alcool deve essere identica a quella dell'estratto; *c*) controllo dell'estratto: cmc. 0.5 di estratto alcoolico diluito viene mescolato con cmc. 1 di soluzione fisiologica 0.85 %.

I tubi così preparati vengono agitati opportunamente e tenuti prima per due ore in termostato a 37° e successivamente per 18-20 ore a temperatura ambiente dopo di che ogni singolo tubo viene osservato. L'osservazione deve essere fatta per mezzo di una lente d'ingrandimento e Sachs consiglia l'uso dell'agglutinoscopio di Kuhn e Woithe (40).

È ovvio che il vetro dei tubi da saggio deve essere ben liscio e trasparente. I sieri negativi appaiono per lo più trasparenti o appena leggermente opalescenti.

Nei sieri positivi si osserva una floculazione più o meno intensa simile a quella che si osserva nelle agglutinazioni batteriche. Per giudicare dei risultati ottenuti ci si deve assicurare, preventivamente, della omogeneità del controllo dell'estratto e del controllo dei sieri. Intorbidamenti di alto grado, pei quali possa sorgere il dubbio che sia avvenuta una precipitazione indipendentemente dalla reazione, debbono essere considerati come prove dubbie.

I risultati negativi vengono contrassegnati col segno —, i risultati positivi, a seconda della loro intensità, con i segni +, + +, + + +.

La disposizione complessiva della reazione può venire riassunta nella seguente tabella. L'estratto sia da diluirsi p. e. 1 : 6.

	Siero in esame		Siero normale		Siero luetico		Controllo estratto
	Prova princ.	Controllo	Prova princ.	Controllo	Prova princ.	Controllo	
	c.c.	c.c.	c.c.	c.c.	c.c.	c.c.	c.c.
Estrattto alcoolico colesterinizzato e diluito 1 : 6 . . .	0.5	—	0.5	—	0.5	—	0.5
Alcool diluito 1 : 6	—	0.5	—	0.5	—	0.5	—
Siero in esame diluito 1 : 10	1	1	—	—	—	—	—
Siero normale diluito 1 : 10 .	—	—	1	1	—	—	—
Siero luetico diluito 1 : 10 .	—	—	—	—	1	1	—
Soluzione fisiologica 0.85 % .	—	—	—	—	—	—	1

A questa tecnica inizialmente consigliata da Sachs e Georgi vennero apportate successivamente alcune modificazioni dirette ad aumentare sia la sensibilità che le specificità della reazione.

Felke e Wetzell (41)) propongono di sostituire alla soluzione di colesterina in alcool la soluzione già usata da Hermann e Perutz per la loro reazione (glicocolato di soda gr. 2, colesterina gr. 0.4, alcool a 95° gr. 100).

Wodke (42) afferma che talora maggiore sensibilità della reazione si può ottenere adoperando dosi doppie di siero e perciò raccomanda di allestire 2 serie di prove, con sieri rispettivamente diluiti a 1 : 10 e 1 : 5.

Di maggiore importanza è la modificazione proposta recentemente dagli stessi Sachs e Georgi (43) consistente nel mantenere i tubi da saggio anzichè per 2 ore in termostato e per 18-20 ore a temperatura ambiente, per 24 ore consecutive a 37°. In tal modo vengono evitate alcune reazioni non specifiche sulle quali richiamarono l'attenzione vari autori e specialmente Hauck (44), Blumenthal (45) e Wolffenstein (46) e che sarebbero dovute all'influenza della bassa temperatura dell'ambiente, specialmente importante nei mesi invernali e nei paesi freddi. Il vantaggio offerto da tale modi-

ficazione, che gli autori tedeschi chiamano metodo del termostato, venne confermato da Eicke (47), Schönfeld (48), Hauck (49) e altri.

Infine Baumgärtel (50) consiglia di leggere i risultati dopo 2-24-48 ore di permanenza in termostato e afferma che in tal modo possono mettersi in evidenza dei casi di sifilide sierologicamente atipici la cui esistenza già fu dimostrata colla misura quantitativa della fissazione del complemento da Wassermann, Kaup e Stern.

***

La reazione di Sachs-Georgi ha ormai avuto una larga applicazione pratica. Fra i numerosi lavori pubblicati sull'argomento oltre a quelli già ricordati basterà annoverare quelli di Nathan e Weichbrodt (51), Mandelbaum (52), Nathan (53), Lipp (54), Kafka (55), Fischer (56), Weichard e Schrader (57), Reich (58), Lesser (59), Meyer (60), Konitzer (61), Münster (62), Löns (63), Schröder (64), Scheer (65), Gaethgens (66), Fränkel (67), Hinzelmann (68) e altri ancora. Secondo una recente statistica di Baumgärtel, desunta dalle cifre fornite dai diversi autori, la nuova reazione sarebbe stata eseguita in circa 32,000 casi e la concordanza di essa colla reazione di Wassermann si sarebbe avuta in circa il 90 % delle prove. Di fronte a tale numero di ricerche il mio contributo personale appare certamente molto modesto. Le mie esperienze però hanno il vantaggio di riferirsi, come già si è detto più sopra, a malati curati in clinica, la cui diagnosi fu controllata con ogni possibile esattezza e di prestarsi quindi nel modo migliore per una giusta valutazione della specificità e della sensibilità della reazione.

Per le mie esperienze mi sono servito di due antigeni diversi: uno fornitomi gentilmente dal prof. Moreschi doveva essere diluito nella proporzione di 1 : 10, l'altro preparato da me stesso nella clinica dava i migliori risultati alla diluizione di 1 : 6. Tanto per la reazione di Wassermann che per la reazione di Sachs-Georgi, che eseguii sempre contemporaneamente, mi servii costantemente del medesimo estratto e di dosi uguali dello stesso.

Per la diluizione degli estratti seguii il vecchio metodo suggerito da Sachs e Rondoni per la Wassermann e cioè aggiunsi frazionatamente goccia a goccia la soluzione fisiologica all'estratto puro agitando di frequente in modo da ottenere una sospensione di lipoidi perfettamente omogenea. Non trascurai di titolare più volte accuratamente gli estratti onde saggiarne la specificità e la sensibilità.

Nell'eseguire la reazione di Sachs-Georgi mi attenni per lo più al metodo originale e cioè tenni i tubi per 2 ore a 37° e per 13 ore a temperatura ambiente. Non trascurai però di fare prove comparative eseguendo le esperienze in doppia serie delle quali una veniva trattata secondo il così detto metodo del termostato; tenuta cioè per 24 ore a 37°. Non notai differenze apprezzabili fra i risultati ottenuti coi due procedimenti diversi e ciò attribuisco al fatto di aver sempre operato in ambiente ben riscaldato e in epoca dell'anno nella quale mai si raggiunsero basse temperature, onde è da escludersi l'influenza del freddo sull'esito della reazione.

Per la reazione di Wassermann seguii la solita tecnica. I tubi contenenti l'estratto, il siero e il complemento nelle note proporzioni tenni per un'ora a 37°, aggiunsi quindi ad ogni tubo 1 cc. di globuli rossi sensibilizzati e sospesi in soluzione fisiologica nella proporzione del 5 % e dopo altre due ore di soggiorno in termostato procedetti all'osservazione dei risultati.

I sieri da me esaminati sommano a 301 e appartengono 22 a individui normali, 68 a individui che sia per la malattia in atto sia per i dati anamnestici potevano considerarsi sicuramente luetici, 51 a individui pei quali era giustificato il sospetto di infezione luetica (mogli e figli di luetici), 160 a individui affetti dalle più svariate forme morbose, pei quali potevasi escludere la sifilide. Per comodità riporto i dati nella seguente tabella:

DIAGNOSI	Num. dei sieri esaminati	DIAGNOSI	Num. dei sieri esaminati
Normali	22	Nefriti	5
Lues	68	Affezioni della viscica e vie urinarie	3
Sospetto di lues	51	Affezioni dei genitali femminili	2
Malattie infettive acute	15	Morbo di Basedow	6
Tumori maligni	10	Diabete	5
Affezioni tubercolari	23	Morbo di Addison	1
Malaria	10	Anemia grave	2
Affezioni del sistema nervoso	21	Leucemia mioloide	2
Affezioni dell'apparato respiratorio	8	Eritema nodoso	1
Affezioni dell'apparato circolare	11	Linfoadenopatia	2
		Splenomegalia	1
Affezioni dell'apparato digerente	14	Artite monoarticolare	2
		Echinococcosi	1
Affezioni del fegato e delle vie biliari	15	Granuloma maligno	1

Le due reazioni hanno dato risultati identici in 282 casi dei quali 50 concordemente positivi e 232 concordemente negativi. Hanno dato risultati diversi in 19 casi e precisamente in 7 casi si ebbe Wassermann positiva e Sachs-Georgi negativa, in 12 casi Wassermann negativa e Sahs-Georgi positiva.

NUMERO DELLE ESPERIENZE 301			
Reazioni concordanti 282		Reazioni discordi 19	
W + S. G +	W — S G —	W + S G —	W — S G +
50	232	7	12

I sette sieri che diedero Wassermann positiva e Sachs-Georgi negativa appartengono 1 ad un malato di febbre di Malta, uno ad un malato di calcolosi epatica, uno ad un individuo affetto da broncopolmonite basilare sinistra, due ad individui con lues pregressa, uno ad un malato di sifilide dubbia, uno ad una donna moglie di luetico la quale non aveva mai presentato fenomeni clinici di sifilide. In totale quattro sieri riguardano individui sicuramente o probabilmente luetici e tre individui non luetici. I 12 sieri che diedero Wassermann negativa e Sachs-Georgi positiva riguardano due casi di lues curata, un caso di lues del fegato, due casi di insufficienza aortica, due casi di sifilide dubbia (figli di luetico), un caso di epitelioma gastrico, un caso di spasmo esofageo, due casi di malaria, un caso di calcolosi epatica. In totale 7 sieri appartenenti ad individui sicuramente o probabilmente luetici e 5 a individui non luetici. Per maggiore chiarezza riassumo i risultati delle reazioni discordi nel seguente specchio.

Qualità dei sieri	Num. dei sieri	W + S. G —	W — S G +
Luetici	11	4	7
Non luetici . . .	8	3	5

In base ai dati suesposti si può affermare che le due reazioni hanno dato una spiccatissima corrispondenza di risultati specialmente se si tiene conto del fatto che i casi di non perfetta concordanza si riferiscono a reazioni deboli e a individui che presentavano diagnosi incerta di lues o che si erano assoggettati a lunghe cure specifiche.

I risultati delle reazioni discordi deporrebbero per una sensibilità di grado leggermente maggiore della Sachs-Georgi in confronto della Wassermann e per una più perfetta specificità di questa in confronto di quella. Infatti negli 11 sieri luetici la Wassermann ha dato esito positivo in 4 e la Sachs-Georgi in sette.

Per contro negli otto sieri non luetici la Wassermann avrebbe agito positivamente soltanto in 3 e la Sachs Georgi invece in 5. Si tratta però di differenze minime le quali anche pel numero scarso a cui si riferiscono hanno valore trascurabile.

Riassumendo: nei 301 sieri da me esaminati la reazione di Wassermann e la reazione di Sachs-Georgi, eseguite contemporaneamente e nelle stesse condizioni di esperimento hanno dato il 93.6 % di risultati concordi e il 6.4 % di risultati discordi. Questi ultimi, come già si è fatto notare, sono riferibili in gran parte a reazioni deboli e quindi di valore pratico assai limitato. Credo quindi di poter affermare, in base ai dati desunti dalle mie esperienze personali, che la sensibilità e la specificità delle due reazioni sono pressochè uguali e che la Sachs-Georgi offre in confronto della Wassermann il vantaggio di una tecnica meno complicata.

Roma, luglio 1920.

BIGLIOGRAFIA.

1. WASSERMANN. NEISSER und BRUCK. Deut. med. Woch., 1906, n. 19.
2. MICHAELIS L. Berl. klin. Woch., 1907, n. 46, pag. 1477.
3. PORGES und MEIER. Berl. klin. Woch., 1908, n. 15, pag. 73.
4. ELIAS NEUBAUER, PORGES UND SALOMON. Wiener klin. Woch., 1908, n. 18.
5. HERMANN und PERUTZ. Med. klin., 1909, n. 43.
6. KLAUSNER. Wiener klin. Woch., 1908, n. 26.
7. SACHS und ALTMANN. Berl. klin. Woch., 1908, n. 10. — Berl. klin. Woch., 1908, n. 14.
8. TERUUCHI und TOYODA. Wiener klin. Woch., 1910, n. 25.
9. JACOBSTHAL. Berliner klin. Woch., 1909, numero 50. (Ref. Aerzt. Ver zu Amburg).
10. BRUCK und HIDAKA Zeit. f. Imm., Bd. VIII.
11. HECHT. Wiener klin. Woch., 1908, n. 50.
12. MEINICKE. Münch. med. Woch., 1918, n. 19.
13. SACHS und GEORGI. Med. klin., 1918, n. 33.
14. MORESCHI. Haematologica, vol. I, fasc. II, 1920.
15. LANDSTEINER und JAGIC. Münch. med. Woch., 1913, n. 18.
16. FRIEDEMANN. Zeit. f. Hyg. 1910, Bd. 67. p. 279.
17. BORDET. C. R. Soc. Biol. 1913, n. 5.
18. HIRSCHFELD und KLINGER. Biochem. Zeit., Bd. 70, pag. 398; Zeit. f. Imm., Bd. 20 e 21; Berl. klin. Woch., 1914, n. 25.
19. SACHS und TERUUCHI. Berl. klin. Woch., 1907, n. 16, 17 e 19.

20. SACHS und ALTMANN. Biochem. Zeit., Bd. 78, pag. 46; Zentralb. f. Bakt., I Abt. Ref., Bd., 42; Handbuch der path. Mikroorg. di Kolle e Wassermann, I Auflage, II Ergänzungsband, 1919.
21. JAKOBY und SCHÜTZE. Zeit. f. Imm., Band 4, Heft 6, pag. 730.
22. OMOROKOW. Zeit. f. Imm., Bd. 10, Heft 3, pag. 285.
23. OMOROKOW und SACHS. Zeit f. Imm., Bd. 11, Heft 6, pag. 710.
24. RITZ. f. Imm., Bd. 13, pag. 62.
25. SACHS. Kolloid Zeit., Bd. 24, Heft 4, pag. 113.
26. SACHS und RITZ. Zeit. f. Imm., Bd. 26, pag. 483.
27. SCHMIDT und LIEBERS. Zeit. f. Imm., Bd. 19, Heft 4, pag. 373.
28. WEIL. Bioch. Zeit., 1913, Bd. 48, pag. 239.
29. NATHAN. Zeit. f. Imm., Bd. 23, pag. 204.
30. COCA. Zeit. f. Imm., 1914, Bd. 21, pag. 604.
31. THORSCH. Bioch., Zeit., 1915, Bd. 48, pag. 67.
32. AZZI. Archiv. di Fisiol., 1918, vol. 16, fasc. 3-4; Haematologica, vol. I, fasc. I, 1920.
33. SACHS, l. c.
34. SACHS und TERUUCHI, l. c.
35. FRIEDEMANN, l. c.
36. FRANCESCHELLI. Archiv. f. Hyg., 1909, Bd. 69.
37. SACHS. Berl. klin. Woch., 1911, n. 46.
38. SACHS. Deut. med. Woch., 1920, n. 3.
39. SACHS und RONDONI. Zeit. f. Imm., Bd. 1, pag. 132.
40. KUHN und WOITHE. Med. klin., 1909, n. 43.
41. FELKE und WETZELL. Münch. med. Woch., 1919, n. 47.
42. WODKE. Münch. med. Woch., 1920, n. 15.
43. SACHS und GEORGI. Münch. med. Woch., 1919, n. 16; Münch. med. Woch., 1920, n. 3.
44. HAUCK. Münch. med. Woch., 1919, n. 49.
45. BLUMENTHAL. Med. klin., 1919, n. 31.
46. WOLFFENSTEIN. Berl. klin. Woch., 1919, numero 47.
47. EICKE. Med. klin., 1919, n. 51.
48. SCHÖNFELD. Münch. med. Woch., 1920, n. 14.
49. HAUCK. Münch. med. Woch., 1920. n. 13.
50. BAUMGÄRTEL. Münch. med. Woch., 1920, numero 15.
51. NATHAN und WEICHBRODT. Münch. med. Woch., 1918, n. 46.
52. MANDELBAUM. Münch. med. Woch., 1918, n. 11; Münch. med. Woch., 1918, n. 43.
53. NATHAN. Med. klin., 1918, n. 41.
54. LIPP. Med. klin., 1918. n. 50.
55. KAFKA. Med. klin., 1918, n. 50.
56. FISCHER. Deut. med. Woch., 1919, n. 5.
57. WEICHARD und SCHRADER. Med. klin., 1909, n. 6.
58. REICH. Deut. med. Woch., 1919, n. 7.
59. LESSER. Münch. med. Woch., 1918, n. 32; Berl. klin. Woch., 1919, n. 10.
60. MEYER. Med. klin., 1919, n. 11.
61. KONITZER. Med. klin., 1919, n. 14.
62. MÜNSTER. Münch. med. Woch., 1919, n. 19.
63. LÖNS. Deut. med. Woch., 1919. n. 21.
64. SCHRÖDER. Med. klin., 1919, n. 21.
65. SCHEER. Münch. med. Woch., 1919, n. 32.
66. GAETHGENS. Münch. med. Woch., 1919, n. 33.
67. FRÄNKEL. Deut. med. Woch., 1919, n. 37.
68. HINZELMANN. Münch. med. Woch., 1920, n. 14.

NOTE E CONTRIBUTI.

La proteino-terapia nelle infezioni pneumoniche

per il dott. UMBERTO MONGUZZI
maggiore medico nell'Osp. militare di Novara.

Fra gli innumerevoli metodi di cura proposti in questi ultimi tempi per le malattie infettive ed in ispecial modo per la recente influenza pandemica, la terapia proteinica tradotta in svariatissime sostanze più o meno attive segna certo un notevole progresso che, alla luce della severa critica, sempre più va confermandosi.

I primissimi successi delle cure proteiniche furono attribuiti alla vaccino-terapia eterologa, e nell'orbita di tali preparati si svolsero le ricerche nei primi tempi.

Già nel 1913 il Rumpf aveva accennato a risultati soddisfacenti ottenuti nella infezione tifoide col bacillo piocianeo; nel 1914 Ichikawa pubblicò numerosi casi di ileotifo meravigliosamente dominati con iniezioni endovenose di vaccino antitifico: in seguito da altri fu dimostrato che anche con vaccini eterologhi si ottenevano gli stessi brillanti risultati in questa infezione: non sono, ma il Mauté potè ottenere successi terapeutici sorprendenti anche con emulsione di cultura appartenente ad un innocuo saprofita. Sulle basi di tali fatti ineccepibili che sovvertivano notevolmente le nostre idee si diressero gli studi e gli esperimenti a ricercare se erano le azioni polivalenti dei vaccini che agivano, ovvero l'essenza dei risultati era legata alle sostanze proteiche in genere, così ben rappresentate nelle emulsioni bacteriche. Attraverso una lunga serie di ricerche e di esperimenti s'è visto che gli effetti sono analoghi anche se non s'introducono emulsioni bacteriche, ma semplici proteine o derivati albuminoidei, quali il peptone, il latte, il siero eterologo, l'albumose, la nucleina, la collobiase, ecc.

È interessante e curioso a questo proposito il fatto che mentre fino ad oggi si attribuivano a tutti i varii metalli in veicolo colloidale, i quali noi sappiamo essere stabilizzati per mezzo di sostanze albuminoidee, egregi effetti nella terapia delle infezioni, fu recentemente un medico inglese il quale, ricercando la ragione intima di tali risultati, affermò di avere osservato che colla introduzione dei soli substrati eccipienti colloidali, senza traccia delle sospensioni metalliche, si ottenevano le medesime reazioni ed identici buoni successi. Queste indagini senza dubbio hanno bisogno di nuova conferma, ma tuttavia è già assai degna di considerazione la notevole analogia della risposta clinica dell'organismo sia ai metalli in

sospensione colloidale, sia alle sostanze proteiche in genere.

È però oggi cosa generalmente ammessa senza contestazione che tutti i molteplici preparati prospettati su questo argomento per l'identità delle reazioni biologiche che provocano e per la costituzione chimica loro, debbano venire presi in considerazione in rapporto agli elementi proteici che contengono.

La interpretazione di questi fenomeni, in vero, ha dato luogo a lunghe discussioni che ancora oggi non sono chiuse. Ammesso concordemente da tutti che i risultati ottenuti sono l'effetto di una reazione non specifica, le ricerche si orientarono dapprima sulle modificazioni che avvengono nel sangue in seguito alla introduzione di tali sostanze.

Da D. Cowie, da H. Calhoun e da parecchi altri si è notata la coincidenza costante di una leucocitosi a tipo predominante polinucleare con l'apparizione in circolo di forme reattive mieloblastiche e mielocitiche. L'assenza di eosinofilia non permetterebbe, a giudizio loro, di interpretare la reazione clinica come un fenomeno di anafilassi. Secondo le conclusioni di tali ricerche la introduzione di proteine riposerebbe su questa intensa risposta leucocitaria per l'interpretazione del miglioramento clinico, dato appunto che quanto essa è maggiore, tanto più intensa sarebbe la capacità reattiva di difesa che l'organismo mette in valore.

Altri ammetterebbe che l'iniezione di proteine eterogenee stimoli e mobilizzi anticorpi batterici specifici preesistenti.

Maggiore attendibilità paiono rivestire le vedute di coloro che spiegano i buoni risultati ottenuti nelle infezioni come uno stimolo diretto sul protoplasma cellulare atto ad eccitare poteri non specifici di difesa dell'organismo. In questo ordine di idee può trovare posto la teoria intuita da un insigne italiano, il prof. Centanni, che è una delle più lucide, fresche, spontanee. Egli distingue invero quel complesso di sintomi specifici che gli agenti infettivi imprimono alla malattia dalle altre manifestazioni che non avendo carattere di specificità sono dovute a veleni generici da lui detti proteoclastici, prodotti dal disfacimento dei bacteri nei loro componenti elementari chimico-organici. Questi ultimi prodotti tossici nei loro effetti avendo perso ogni impronta di specificità contribuirebbero in modo preminente a tutti i disordini sia locali che generali della sindrome tossinfettiva. Tali elementi sarebbero i più dannosi ed i più cospicui: in essi i veleni più potenti che non possono essere combattuti con principî antigeni. Solo l'organismo deve apprestare i mezzi (fermenti) per esercitare su loro un'azione coibente e distruggerli. Sono appunto le sostanze proteiche che introdotte nell'organismo per la iniziale scissione che subiscono provocherebbero, per mezzo di un prodotto intermedio, lo stimolo, la frustata necessaria per la mobilizzazione di questi fermenti.

Un'altra interpretazione biologica pure assai soddisfacente e seducente ci è stata recentemente prospettata dagli americani Jolling e Petersen, che attribuirebbero la reazione alle influenze patogene ed antipatogene esercitate negli equilibri intraorganici fra i fermenti e gli antifermenti.

Questa terapia pur prospettando le più rosee speranze per l'avvenire è ancora tuttavia ai suoi primi passi, e qualunque sia il meccanismo di azione, sulle basi di fatti ineccepibili dimostra però già clamorosamente come le nostre idee, sopratutto nei confronti della sieroterapia e vaccinoterapia erano fino ad oggi troppo unilaterali ed eccessivamente semplicis te.

Partendo dal concetto di introdurre per via parenterale od endovenosa sostanze proteiche estranee o denaturate, noi sappiamo che interviene un fatto reattivo per parte di quei tessuti che hanno di fronte ad esse una attività tendente ad eliminarle, a trasformarle o a distruggerle. Definito così il concetto della reattività proteica per parte dell'organismo, pur dovendo considerare ogni proteina eterogenea come tossica, dobbiamo constatare che vi devono essere differenze grandissime fra proteine e proteine, in modo che se alcune manifestano nettamente e costantemente una azione nociva, come l'abrina, la ricina, i veleni dei serpenti, altre provocano una più modesta reazione umorale ed istogena che può trovare riscontro in una favorevole modificazione di date manifestazioni morbose.

Attraverso gli elementi che ci offre la patologia generale noi conosciamo come tutte le proteine eterogenee o denaturate hanno azione nettamente pirogena non solo, ma anche sappiamo che ogni stato febbrile si può ricondurre alla esistenza nell'organismo di proteine disintegrate in scissione istolitica. Ciò tanto nelle infezioni che nelle intossicazioni esogene ed endogene. I più recenti studi, pur riconoscendo tutta l'importanza dell'azione pirogena legata alla introduzione di sostanze proteiche, confermerebbero tuttavia in modo sicuro che la loro azione non è limitata ad uno stimolo diretto sui centri termici, ma è la risultante di un profondo perturbamento del ricambio proteico, che si traduce in una estesa reazione che coinvolge tutta l'economia istogena ed umorale dell'organismo.

L'ictus proteico tipico è caratterizzato da un brusco rialzo febbrile, tanto che di recente l'introduzione parenterale di proteine fu definita anche termoterapia. Il processo apparentemente si affida ad una violenta reazione termica di cui l'organismo, quando la sostanza non è stata somministrata in dose troppo elevata, riesce in breve a disimpegnarsi. Allorchè la reazione è ben marcata in coincidenza alla rapida elevazione febbrile che appare in tempo più o meno breve a seconda della sostanza che viene usata, della dose e della via di introduzione seguita (endovenosa o parenterica) si osservava una profusa ed intensa sudorazione, iperemia della cute e del volto, dispnea, aumento di frequenza del polso: si manifestano inoltre altri fatti congestivi, tosse e talora qualche nausea. In breve tutti questi fenomeni si dileguano per lasciare adito ad un notevole miglioramento nello stato generale.

Sebbene sia solo da qualche anno che l'introduzione parenterica di proteine sia stata prospettata come metodo di cura nelle infezioni, già tuttavia molti studiosi hanno tentato con ogni mezzo di controllarne i risultati in modo da portare all'argomento la luce della più rigida critica e della larga pratica. Noi pure non abbiamo saputo sottrarci al fascino che ci destava lo studio di questa terapia, e l'abbiamo fatta oggetto di indagini cliniche con scopi limitati. La costanza dei risultati soddisfacenti che abbiamo ottenuto attraverso una relativamente numerosa serie di casi nei quali tentammo combattere l'infezione pneumonica e broncopneumonica con preparati proteici, non ci fanno più oltre esitare a portare il nostro modesto contributo su questo argomento.

Fra le polmoniti e broncopolmoniti nelle quali abbiamo esperimentata la proteinoterapia, abbiamo scelte esclusivamente quelle che ci si erano presentate all'osservazione nei primissimi giorni dall'iniezione della malattia, scartando o per lo meno non tenendo conto di quelle che ci erano arrivate dopo il terzo giorno. Ciò per evitare possibili risultati che avrebbero potuto erroneamente mettersi a carico del metodo di cura, mentre l'effetto favorevole poteva trovarsi in concorrenza colla naturale declinazione della forma morbosa. Delle varie sostanze usate abbiamo scelto il latte come elemento ricco di caseina e di sieroalbumina, facile ad ottenersi e di semplice sterilizzazione coll'ebollizione. In qualche caso in cui il primo risultato ottenuto col latte fu scarso o manchevole, abbiamo voluto tentare anche il vaccino gonococcico ad alta dose: si è usato tale vaccino, sia perchè l'avevamo a portata di mano, sia per la notoriamente scarsa sua tossicità, sia perchè è una fra le più ben riuscite preparazioni dell'Istituto Sieroterapico milanese.

Per non uscire dai limiti consentitici da una breve monografia non crediamo riportare il lungo reperto clinico di tutti i nostri ventidue malati curati con questo metodo nell'inverno u. d. nell'ospedale militare di Novara. Si tratta di casi reperibili e controllabili, e, al solo scopo di dimostrare in quale modo nelle nostre limitate osservazioni il quadro morboso si è modificato sotto l'azione delle sostanze prescelte, riporteremo in dati numerici divisi per gruppi i risultati ottenuti.

1° *Gruppo.* — 11 casi rappresentati dai seguenti malati:

1. P. Angelo di Giuseppe, entrato il 28-9-19, soldato 20° fanteria, affetto da polmonite lobare sinistra.
2. O. Vincenzo fu Pietro, entrato il 7-10-19, soldato 260° fanteria, affetto da polmonite lobare sinistra.
3. N. Natale di Antonio, entrato il 13-11-19, soldato 153° fanteria, affetto da broncopolmonite sinistra.
4. M. Giuseppe di Paolo, entrato il 15-11-19, soldato motoaratrici, affetto da polmonite franca basilare destra.
5. T. Leonardo fu Filippo, entrato il 16-11-1819, soldato 153° fanteria, affetto da polmonite lobare sinistra.
6. M. Alberto di Emilio, entrato il 14-1-20, soldato nel 54° fanteria, affetto da broncopolmonite basilare sinistra.
7. P. Giovanni di Giuseppe, entrato il 16-1-20, soldato 4° alpini, affetto da broncopolmonite doppia.
8. C. Vincenzo di Tommaso, entrato il 22-1-20, soldato nel 54° fanteria, affetto da broncopolmonite doppia.
9. C. Giuseppe di Nicola, entrato il 25-1-20, soldato 1ª Comp. Sanità, affetto da broncopolmonite basilare destra.
10. C. Arcangelo di Antonio, entrato il 16-2-20, Guardia di Finanza, affetto da broncopolmonite sinistra a focolai confluenti.
11. C. Secondo fu Antonio, entrato il 2-3-20, soldato 4° alpini, affetto da broncopolmonite basilare sinistra.

Tutti questi ammalati ebbero una sola iniezione di latte sterilizzato coll'ebollizione in quantità di 10 cm³, praticata nel primo giorno del loro ricovero all'ospedale nella regione glutea. Tutti erano giunti a noi nel secondo e terzo giorno dall'inizio della malattia: non appena fatta la diagnosi si procedette all'iniezione. Il risultato in questo gruppo di casi fu costantemente favorevole ed in due veramente sorprendente con la risoluzione del processo pneumonico in modo abortivo nelle 36 ore successive alla iniezione. Il rialzo termico seguito all'introduzione parenterica di latte fu in tutti assai spiccato ed in alcuni violento. In due soli casi si ebbe a rilevare leggero brivido. Dopo poche

ore (da sei a nove) diminuita notevolmente la febbre, il senso di benessere andò manifestandosi. Ebbero defervescenza completa due malati in quarta giornata, sette in quinta, due in sesta, defervescenza che ha coinciso colla risoluzione del processo pneumonico. La reazione locale provocata dall'iniezione fu alquanto vivace e l'infiltrazione dolorosa si dileguò solo dopo qualche giorno.

2° *Gruppo.* — 7 casi rappresentati dai seguenti ammalati:

1. V. Ernesto di Antonio, entrato il 7-12-19, soldato 54° fanteria, affetto da broncopolmonite destra.
2. B. Lino di Paolo, entrato il 15-12-19, soldato 53° fanteria, affetto da broncopolmonite sinistra.
3. V. Pasquale fu Luigi, entrato il 5-1-20, soldato 24° fanteria, affetto da polmonite lobare destra.
4. C. Lodovico di Raffaele, entrato il 15-1-1920, soldato nel 23° fanteria, affetto da polmonite doppia.
5. C. Pietro di Angelo, entrato il 6-1-20, soldato nel 54° fanteria, affetto da broncopolmonite destra.
6. T. Alfredo di Giacomo, entrato il 27-1-20, soldato nel 1° regg. artiglieria pesante campale, affetto da polmonite lobare destra.
7. B. Silvio di Cesare, entrato il 17-4-20, soldato nel 17° regg. artiglieria, affetto da broncopolmonite destra.

In questo secondo gruppo abbiamo creduto riunire polmonitici e broncopolmonitici, cui una prima iniezione di latte effettuata il mattino successivo al loro ingresso provocò solo una modesta ascensione termica in confronto di quella constatata la sera precedente, tanto da far rimanere in dubbio se l'ascesa della temperatura era realmente legata al procedimento terapeutico. Una seconda iniezione di latte dopo un giorno di intervallo ha rivelato ancora una debole reattività termica, tuttavia i fatti generali che in qualche caso destavano preoccupazione si sono gradualmente mitigati, la diuresi s'è fatta più abbondante, la febbre pur persistendo dimostrò una tendenza alla discesa e non raggiunse più il livello elevato al quale si manteneva prima della seconda iniezione; il polso, rarefacendosi in rapporto alla temperatura, dimostrò le migliorate condizioni del circolo ed il prognostico si annunciò favorevole. Fu praticata una terza iniezione a distanza di 48 ore dalla seconda, ed anche questa volta si ebbe una relativamente mite reazione termica. La febbre tuttavia in settima, ottava e nona giornata in tutti era caduta per lisi. Localmente numerosi rantoli di ritorno attestavano già, dopo la seconda iniezione, la graduale risoluzione del processo, che procedette rapidamente verso la guarigione completa.

3° *Gruppo.* — 3 casi rappresentati dai seguenti soggetti:

1. B. Vincenzo di Sebastiano, entrato il 26-11-19, sergente 24° fanteria, affetto da polmonite lobare doppia.
2. P. Ettore di Stefano, entrato il 12-12-1919, soldato 23° fanteria, affetto da splenopolmonite sinistra.
3. Z. Lorenzo fu Cosimo, entrato il 20-4-20, soldato 23° fanteria, affetto da polmonite lobare destra.

In questi tre ammalati di un processo pneumonico crupale giunti a noi nel secondo e terzo giorno dall'inizio della malattia con caratteristica epatizzazione lobare, iniezioni di latte praticate sempre nella proporzione di 10 cm³ nella prima e terza giornata di loro degenza hanno dato ogni volta un modestissimo rialzo termico inferiore ai cinque decimi di grado: non ne è seguito nessun sensibile miglioramento nè obbiettivo, nè subbiettivo. È da notarsi che in questi casi la temperatura malgrado la gravità del processo non raggiungeva limiti molto elevati. Abbiamo pensato allora di ricorrere ad una iniezione endomuscolare di *stock* vaccino-gonococcico in proporzione di due fiale riunite di due miliardi di germi ciascuna praticata in quarta giornata. Questa iniezione fu seguita da leggero brivido e forte rialzo termico; la temperatura dopo qualche ora degradò per lasciare adito ad un benessere soggettivo ed a qualche fatto umido locale che poche ore prima non si apprezzava. Il giorno successivo si eseguiva una seconda iniezione di vaccino nelle stesse proporzioni. Nuovo rialzo termico violento seguito da defervescenza a breve distanza coincidente con miglioramento più notevole generale e locale. Da questo momento la malattia ha proceduto in modo relativamente rapido verso la guarigione.

4° *Gruppo.* — Rappresentato da un solo caso:

F. Enrico fu Andrea, entrato il 5-11-19, soldato 153° fanteria, affetto da polmonite doppia lobare.

Venuto a noi in condizioni di speciale gravità. Il malato aveva aspetto cianotico ed asfittico, polso frequentissimo e poco sostenuto: aia cardiaca aumentata e cuore destro assai dilatato. Venne praticata subito una iniezione di latte nelle solite proporzioni. La temperatura, che era di 38° al mattino al momento dell'iniezione, nel pomeriggio raggiunse solo i 38°.2 Si associò subito alla cura proteinica digitale ad alta dose, olio canforato, adrenalina ed un salasso. Ad un giorno di distanza dalla prima si praticò una iniezione di *stock* vaccino-gonococcico. Anche con questa sostanza si ebbe solo leggerissimo rialzo termico senza nessuna modificazione nè nello stato generale, nè nei

fatti locali. Le condizioni si mantennero sempre gravissime. L'ammalato morì con note di collasso cardiaco in sesta giornata.

Da questa breve rassegna dei nostri casi possiamo osservare come i risultati ottenuti furono in generale abbastanza soddisfacenti: in alcuni pochi malati poi abbiamo potuto assistere a una vera resurrezione, allorchè le gravi condizioni erano preoccupanti, sia per la vastità ed imponenza delle infiltrazioni polmonari, sia perchè l'organismo sembrava impegnato in una lotta impari in cui le risorse naturali erano impotenti a dominare la gravità del processo.

L'impressione generale che abbiamo tratta nel seguire con tutta attenzione gli effetti dell'introduzione di latte o di vaccino, fu che il metodo produce due risultati ben distinti: uno immediato sullo stato generale che segue all'ictus febbrile proteico: con una certa costanza nei nostri casi il polso ebbe a migliorare, la diuresi si fece più abbondante e notammo qualche volta la scomparsa di una albuminuria preesistente: i fenomeni tossici a carico dello stato generale e del sistema nervoso si mitigarono; la curva termica non raggiunse più il livello elevato al quale era giunta prima: sovente poi gli ammalati denunciarono una sensazione di benessere. Un secondo risultato meno rapido ed evidente si ebbe tuttavia con notevole frequenza nei fatti locali: il soffio si fece meno limpido: fatti congestizii e grossolanamente mobili annunziarono un principio di risoluzione. L'espettorazione, prima assai scarsa, aumentò, l'ambascia e la cianosi si mitigarono.

L'intensità dell'azione anti-infettiva è lungi dall'essere uguale in tutti i casi: vi sono soggetti che resistono a questo genere di terapia non risentendone affatto alcuna influenza, altri invece si dimostrano particolarmente sensibili. I massimi effetti sono certamente dovuti al concorso di circostanze favorevoli: essi subiscono inevitabilmente quelle variazioni legate a condizioni organiche e individuali ed alla diversa entità della infezione. Troppo incerte sono ancora le nostre cognizioni sulla proteinoterapia per poterle chiedere dei miracoli senza aspettarci delle disillusioni. È necessario mantenerci nei limiti del giusto e del ragionevole. Nei casi felici però i risultati sono abbastanza netti e favorevoli per confermare quanto già oggi si conosce sull'azione caratteristica delle proteine introdotte per via parenterale. Infatti, quanto più è stato elevato l'ictus febbrile proteico, tanto maggiore ne è seguito il miglioramento nelle condizioni generali e locali. Possiamo pertanto confermare che la rapidità dell'azione e la risposta dell'organismo al metodo terapeutico è legata ed in istretto rapporto alla intensità dell'azione tossico-pirogena della sostanza introdotta. Di regola ci sembra di poter concludere che l'assenza di reazione febbrile è di cattivo prognostico nei confronti dell'efficacia del metodo, mentre la reazione violenta è di buon augurio.

Allorchè la reazione e l'ictus termico è modesto, ovvero non si produce, si può pensare o che le proteine non sono state introdotte in quantità sufficiente ed in qualità adatta, o ad una troppo debole reattività istogene ed umorale dell'organismo in preda all'infezione od a speciali condizioni di affinità di assorbimento e di fissazione per cui vengono a mancare i fenomeni reattivi legati alla digestione parenterale proteica. Mentre è probabile dunque che esista una dose massima che non si può oltrepassare senza inconvenienti, d'altra parte certi pazienti sembrano non essere in condizioni di risentire l'effetto terapeutico qualunque sia la dose e la sostanza somministrata.

Di fronte poi alle incertezze ed ai pericoli di cui molti eminenti studiosi sono concordi a ritenere non scevra l'introduzione di proteine per via endovenosa, noi sulla guida delle nostre limitate ricerche possiamo ritenere di aver raggiunti risultati abbastanza felici anche colla introduzione di proteine per via endomuscolare. La posologia, infatti, dei vaccini e delle sostanze albuminoidi denaturate od eterogenee introdotte per via endovenosa è eccessivamente delicata perchè l'uso ne possa essere consigliato diffusamente. Vi è troppo poco margine fra le dosi terapeutiche e quelle tossiche, di modo che, se la dose viene ad essere superata, è possibile assistere ad effetti secondari spiacevoli. La relativamente più grande ampiezza di dosaggio delle proteine introdotte per via endomuscolare rappresenta un reale vantaggio pur riconoscendo che con questo metodo i successi terapeutici sono forse più lenti e meno brillanti, ed i casi refrattari più numerosi. Noi non abbiamo mai osservato vomiti e delirio coincidere colla *poussée* termica dovuta alla iniezione, nè d'altra parte costatammo altri effetti spiacevoli, quale una iniziale depressione sull'apparato cardiovascolare, fatti che parecchi avendo esperimentata la via endovenosa sono concordi nell'ammettere.

Le reazioni locali osservate non sono tali da sconsigliare il metodo. Col latte constatammo rossore e tumefazione dolorosa, nel punto della iniezione, della durata di qualche giorno, in seguito dileguantesi senza alcuna traccia di infiltrazione profonda. Coll'emulsione bacterica notevolmente più modesto fu il risentimento locale.

Il latte forse non è la sostanza di scelta: sembra a noi che le emulsioni microbiche siano più adatte ad ottenere lo scopo. Certo, fra tali emulsioni è necessario ricercare quelle che presentano minor tossicità.

Noi abbiamo avuto un caso di morte fra i nostri ammalati. Ci guarderemo bene dal tirare conclusioni sulla mortalità percentuale nei confronti del metodo. Troppi fattori ancora non individualizzati mancano per far pesare su tale percentuale l'influenza del sistema.

La maggior parte dei nostri ammalati non è stata sottoposta ad altra terapia attiva, se si eccettuino quattro, appartenenti rispettivamente due al secondo gruppo, uno al terzo e l'unico al quarto, in cui le condizioni preoccupanti del circolo e generali ci consigliarono di somministrare qualche dose di digitale, di olio canforato e di adrenalina. Del resto, anche quando fosse largamente riconosciuta l'efficacia della proteinoterapia, non si dovrà pretendere che questo trattamento possa dispensarci dal fare appello a tutte le altre risorse terapeutiche che riposano su una larga e riconosciuta pratica.

Se queste nostre limitate ricerche cliniche non corrisposero che in parte, tuttavia i risultati preminentemente favorevoli ottenuti verrebbero a confermare l'utilità ed il valore del metodo che almeno nelle sue grandi linee ci sembra innegabile.

Lungi dall'essere conclusive, le nostre modeste e circoscritte osservazioni riaffermano la necessità di nuovi studi il cui obbiettivo deve tendere a fissare in limiti almeno relativamente possibili la qualità e la posologia delle sostanze da usarsi, la depurazione loro atta a renderle più attive e meno infide ed a ridurre a un minimo tollerabile la somma degli insuccessi.

Così abituati alla nozione di specificità sulle malattie infettive, non possiamo certo dissimularci l'importanza che va prendendo ogni giorno sempre più lo studio di questi fenomeni di difesa generica e bisogna riconoscere tutta la parte che in questa difesa ha il processo di digestione parenterale di albumine eterogenee.

Sia che tale processo agisca esercitando per mezzo di speciali fermenti organici mobilizzati un potere coibente sulla infezione, sia che agisca mettendo in valore poteri umorali od istogeni di difesa, sia che anche tutte le spiegazioni date siano erronee, restano le osservazioni che vanno ogni giorno sempre più confermandosi e facendosi numerose, suffragate per di più da tutte le ricerche retrospettive sulla vaccinoterapia anodina ed eterologa.

Novara, maggio 1920.

BIBLIOGRAFIA.

D. ROBERT et E. CARY. *Presse médicale*, 1919. — D. COWIE et H. CALHOUN. *Presse médicale*, 1919. — BLAK MILNE and KENNET ROGERS. *The Lancet*, 1919. — NOLF. *Presse médicale*, 1919. — CENTANNI. *La Medicina Italiana*, 1920. — CORINALDESE. *La Riforma medica*, 1920. — SPAMPINATO. *Il Policlinico*, 1919. — ROCCAVILLA. *Relazione al 25° Congresso di medicina interna*, ottobre 1919. — CENTANNI. *Giornale di Medicina militare*, 1918. — CAMPANI e BERGOLLI. *Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, 1918. — ISHIKAWA. *Zeitchr. f. Imm. forsch.*, 1914. — POLSK. *Münch. Med. Woch.*, 1914. — VEICHARDT. *Münch. Med. Woch.*, 1915. — STEIGER. *Deut. Med. Woch.*, 1917. — FAGIUOLI. *La Riforma medica*, 1916. — PENNETTA e MELOSCI. *La Riforma medica*, 1918. — CENTANNI. *Annali d'Igiene*, 1916. — DANIELE. *Il Policlinico*, 1919.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

L'evoluzione delle nefriti acute negli eredo-sifilitici.

(D.r GIOVANNA QUESLIER. *Gazette des Hôpitaux*, 22 luglio 1920).

L'A. ha raccolto nella letteratura 101 casi in cui è stato possibile stabilire l'eredità sifilitica nel nefritico, mentre l'anamnesi individuale non rivelava nè intossicazioni, nè infezioni, che potessero spiegare i fatti nefritici, se non la sifilide esistente. Fra tali soggetti, ve n'erano 73 al di sotto di due anni, 28 fra 2 e 23 anni: altre 21 osservazioni riguardano feti o nati-morti.

L'*anatomia patologica* mette in rilievo la frequenza delle lesioni del tessuto vascolo-connettivo renale, in confronto di quelle dell'epitelio. Nelle autopsie fatte in soggetti sotto i 2 anni si trovarono 29 nefriti interstiziali pure, 10 miste, 7 parenchimatose: in quelle dei soggetti da 2 a 23 anni, si trovarono 2 reni gommosi, 2 parenchimatosi, 2 amiloidi, 11 sclerosi, 1 scleroso e tubercoloso.

In qualche caso, il rene è tutto sclerotico; il più spesso però, vi sono isole di sclerosi, localizzate o predominanti nella sostanza corticale, che lasciano aree di tessuto sano: talvolta la diagnosi si fa solo all'esame istologico, ciò che può spiegare che un certo numero di casi rimane misconosciuto.

Costanti sono le lesioni del sistema vascolare, in forma di endo e perivascolarite, anche con obliterazione delle arterie, fatti che si riscontrano anche in altri organi (fegato, polmone, milza). Nei grossi vasi è abbastanza frequente l'ateroma; nel cervello si sono osservati focolai di rammollimento.

La *sintomatologia*, nei poppanti è stata nulla, oppure si sono avuti sintomi di nefrite parenchimatosa acuta. Di solito il bambino è morto o per lesioni specifiche del polmone e del fegato, o per un'affezione acuta sopraggiunta, senza sintomi che attirassero l'attenzione dal lato renale. In qualche caso un esame d'urina tardivo ha messo in evidenza l'albuminuria: in un caso, durante il decorso di un rammollimento cerebrale, si è verificata anuria, unico sintomo di nefrite interstiziale acuta.

I casi di sclerosi renale estesa sono stati riconosciuti solo all'autopsia ed all'esame microscopico: i poppanti erano morti rapidamente con sintomi uremici nervosi o gastro-intestinali comparsi durante lo stato di anasarca: l'albumina fu abbondante fino a 23 g. per litro, i cilindri, le emazie, numerosi. L'assenza di antecedenti renali aveva fatto ritenere che si trattasse di nefrite parenchimatosa acuta o subacuta. Tenuto conto di tali fatti, è difficile dire se i sei bambini sopravvissuti, in grazia del trattamento mercuriale, e che avevano edemi od anasarca fossero affetti da una forma epiteliale o da epitelializzazione di un rene più o meno scleroso.

Più rare o forse anche misconosciute sono le nefriti interstiziali negli individui oltre i due anni; il periodo di latenza è stato assai prolungato, mentre si è avuta talora una rapida fine con accidenti uremici, gastro-intestinali o nervosi. Rari gli edemi, poco notevoli ed intermittenti. In due casi, si è avuto l'uremia cronica, in uno il quadro completo del brightismo. Alcuni erano soggetti a tipo infantile, con alterazioni del sistema vascolare, e rientrano quindi nel gruppo degli infantili renali arterio-sclerotici. In 2 casi, si ebbe ematuria, in altri 2 ematemesi ed epistassi.

Alcuni individui erano affetti da tubercolosi polmonare o cerebellare: nei grandicelli, il cattivo stato generale, l'ascite, libera o saccata, la cutireazione positiva non debbono fare attribuire alla tubercolosi un'albuminuria, chè le prove di permeabilità renale, la presenza di stigmate, la Wassermann positiva collegano ad una sclerosi viscerale di origine sifilitica. Nel poppante, la diagnosi è meno agevole, perchè la sintomatologia renale è nulla oppure è quella di nefrite parenchimatosa acuta. Quindi, ogni volta che la sifilide è certa, bisogna ricorrere al trattamento mercuriale, che ha guarito degli anasarcatici a dei brightici.

L'evoluzione è particolarmente grave, la prognosi, specialmente quella lontana è molto riservata. Questi reni resistono male alle tossi-infezioni che sopraggiungono: un'infezione acuta, un'intossicazione (cloroformio, alcool) provocano in tali individui edemi, anuria, ecc.

***

Anche i reni di quegli eredo-sifilitici, che sembrano normali presentano uno stato di debolezza che si traduce con la comparsa di accidenti uremici, di anasarca, di notevole albuminuria, in occasione di semplici raffreddamenti: la necessità e l'utilità del trattamento mercuriale dimostrano che non si tratta di nefriti *a frigore*, ma di attacchi acuti, favoriti dal terreno sifilitico. Analogamente, è certo che le sclerosi dei diversi apparati sono più frequenti negli eredo-sifilitici, che in altri.

Questo stato di meiopragia, messo in evidenza da Hutinel, si spiega con il fatto che le lesioni renali dei neonati sono spesso a focolai disseminati, specialmente nella zona sottocorticale, e non toccano nè tubi nè glomeruli. Se le lesioni degli altri organi sono leggere, in modo da permettere la vita, le lesioni del rene si andranno cicatrizzando, ma questo presenterà uno stato di debolezza congenita. Non è a credere però che questa sia costante in tutti gli eredo-sifilitici: il fatto da ritenere è che, in presenza di nefriti acute che si verificano in seguito ad infezioni leggere, e che sono anomale per le gravità dei loro accidenti immediati, per la tendenza alla evoluzione subacuta ed alla sclerosi, si deve pensare alla meiopragia renale; la stessa ipotesi deve affacciarsi nelle nefriti croniche dette da causa sconosciuta, di cui alcune sono tubercolari, altre eredo-sifilitiche. La reazione di Wassermann del resto si trova positiva abbastanza spesso in tali casi; sopra 46 bambini nefritici, nel servizio di Hutinel, essa è stata praticata in 28, non avendosi nessun sospetto negli altri. I risultati sono stati negativi in 15, positivi in 18 fra cui si trovavano 4 nefriti croniche e 14 acute. Queste ultime sono di origine diversa: angine eritematose, bronco-polmoniti, influenza leggera, scarlattina, contusione renale; particolarmente frequenti sono nell'impetigine ed eczema e nelle infezioni naso-faringee. È sorprendente e deve attirare l'attenzione la disparità fra la leggerezza dell'infezione e la gravità delle complicazioni renali; anche il cloroformio può metterle in evidenza.

L'aspetto clinico è assai vario: albuminurie passeggere o tenaci, variabili da 0.50 a 7 ‰, ematurie, che si prolungano per giorni e settimane, diuresi normale o anuria, ritenzione ureica talvolta notevole, assenza di edemi o invece anasarca, stato generale buono o invece assai scadente, accidenti uremici generalmente

nulli, talora invece marcati (convulsioni, coma) che portano a morte in breve tempo, sintomi cardio-vascolari assenti o d'intensità variabile.

Varia ne è anche l'evoluzione: in qualche caso, la guarigione si avvera in pochi giorni, in altri si ha invece un passaggio verso la cronicità, o invece morte in breve tempo. Qualcuno riacquista un discreto stato generale, ma presenta poliuria e pressione elevata. Le prove di eliminazione (blu di metilene, urea, cloruro di sodio) dimostrano diminuzione della permeabilità renale.

Non si può quindi concludere sistematicamente per la gravità immediata o lontana delle nefriti acute negli eredo-sifilitici; la debolezza renale, in essi è frequente, ma non costante: vi è solo in generale, uno stato di minore resistenza del rene, di cui rimane a chiarire l'origine. Come già si è detto, l'assenza di fatti patologici che possano spiegare tale debolezza, l'esistenza di stigmate, la presenza di reazione Wassermann positiva debbono far pensare in tali casi all'eredo-sifilide.

FILIPPINI.

NEUROLOGIA.

La sindrome quadrigemina.

(LHERMITTE. *Gazette des Hôpitaux*, gennaio 1920).

Malgrado le numerose ricerche fatte in proposito la funzione dei corpi quadrigemini non è ancora ben nota. Tuttavia si sa che nella loro parte centrale si trovano centri motori importanti, quelli dell'occhio, e fasci non meno importanti, i fasci cerebellari superiori, il fascio longitudinale posteriore, grande via d'associazione interneuronica dei nuclei oculomotori, i nastri di Reil mediano, via della sensibilità generale, e laterale, via della sensibilità acustica, ed infine il fascio piramidale, via della motilità volontaria.

Una lesione distruttiva qualunque (focolaio d'emorragia, di rammollimento, un'alterazione neoplastica di origine infettiva sifilitica o tubercolare) determina quasi fatalmente modificazioni funzionali o distruttive dei detti centri e fasci, che offuscano quindi la sintomatologia della lesione dei corpi quadrigemini, ammesso che esista una tale sindrome, ciò che è ancora da dimostrarsi.

In effetti la comparsa e lo sviluppo di un processo neoplastico nella regione dei corpi quadrigemini determina un insieme sintomatico molto complesso a causa dei rapporti anatomici di questa regione dell'encefalo con le vie motrici, sensitive, sensoriali, cerebellari, e la difficoltà consiste appunto nel definire i segni clinici che per la loro frequenza e per i loro caratteri formano il nucleo della sindrome delle neoplasie quadrigemine.

Nothnagel in un primo studio condotto al riguardo concluse così: «È possibile, forse anche probabile, tenendo conto dei risultati sperimentali della fisiologio, che le lesioni dei corpi quadrigemini, specie della loro parte anteriore, producono disturbi dell'equilibrio o della coordinazione, ma i dati patologici finora acquisiti non danno al riguardo alcuna prova». E più lontano: «La lesione delle paia anteriori procede quasi costantemente diminuendo la acutezza visiva o determinando la cecità. Le lesioni delle paia posteriori possono produrre una paralisi o paresi del nervo oculomotore comune. Sembra inoltre che le lesioni delle paia anteriori aboliscano la reazione pupillare». In uno studio successivo Nothnagel modificò queste vedute e concluse che le lesioni dei corpi quadrigemini determinano: 1. andatura titubante identica a quella dell'atassia cerebellare; 2. oftalmoplegia bilaterale ma non simmetrica.

Monakow sostiene che la lesione dei tubercoli quadrigemini anteriori determina solo disturbi della visione: le modificazioni pupillari sono più frequenti, e nelle lesioni gravi le pupille sono dilatate e reagiscono imperfettamente alla luce ed all'accomodazione. Le paralisi oculari sembrano più frequenti dei disturbi pupillari per quanto possano fare difetto nelle lesioni strettamente limitate alla regione quadrigemina. Per quel che riguarda i disturbi della coordinazione Monakow ne ammette la esistenza, ma ritiene che non rispondano ad un medesimo fenomeno: talora si tratterebbe di atonia vera, tal'altra d'asinergia cerebellare.

Guillain insiste sulla moltiplicità dei sintomi attribuiti ai tumori che si sviluppano nei tubercoli quadrigemini: ritiene che l'atassia e l'oftalmoplegia non sono patognomonici dei tumori dei corpi quadrigemini e che l'associazione di questi due sintomi si può avere nei tumori cerebellari.

L'A. ha osservato un individuo di 24 anni nel quale lo sviluppo di un glioma infiltrante i corpi quadrigemini anteriori e posteriori si manifestò con una sindrome molto particolare i cui elementi fondamentali erano, da una parte, disturbi notevolmente accentuati della coordinazione degli arti inferiori associati vertigini, fenomeni auricolari subbiettivi, e, dall'altra parte, ipersonnia, polifagia, adiposità eccessiva.

Di questi sintomi quello che più colpiva era

l'incoordinazione degli arti inferiori con i conseguenti disturbi della andatura e dell'astatica. Gli arti superiori presentavano solo una leggera incoordinazione che non disturbava affatto i movimenti della vita ordinaria. I caratteri dei disturbi della coordinazione che presentava il paziente erano veri fenomeni distasici e disbasici, ossia erano quelli dell'incoordinazione cerebellare.

Fenomeni molto analoghi all'esinergia cerebellare possono comparire in seguito a lesioni irritative del labirinto o del nervo vestibolare. Non sorprenderebbe quindi, in considerazione dei fatti acustici che presentava il paziente (ipoacusia, ronzii), che i fenomeni disbasici e distasici fossero dovuti a modificazioni dell'apparecchio vestibolare. Ma i risultati negativi della prova della vertigine voltaica di Babinski fanno escludere tale ipotesi. I disturbi della coordinazione quindi, in assenza anche di ogni altro fenomeno sensitivo o motore, si devono attribuire ad una perturbazione anatomica o funzionale del cervelletto. Il tumore era nettamente limitato alla regione quadrigemina e la deformava pochissimo, il tumore non determinava alcuna compressione del cervelletto e del ponte. Conviene quindi ritenere responsabile dei disturbi della coordinazione la alterazione anatomica delle vie efferenti del cervelletto. Al riguardo è rimarchevole che questa lesione dei peduncoli cerebellari superiori non provocava nessun movimento coreico o atetosico, ciò che parlerebbe contro la ipotesi che detti disturbi di movimento abbiano rapporto con la lesione dei peduncoli stessi.

Il secondo fenomeno, l'ipoacusia, avrebbe spiegazione analoga, sarebbe dovuta alla compressione esercitata dal tumore sul nastro di Reil.

La tendenza al sonno, i disturbi dello stato generale e del metabolismo sono molto frequenti nei tumori cerebrali di qualunque sede. Tuttavia bisogna ricordare che alla base del cervello, nella regione opto-peduncolare, esistono centri importanti che regolano il metabolismo e la funzione ipnica. Non sarebbe quindi azzardato ammettere che l'ipersonnia e la polifagia associate ad un'adiposità patologica siano dovute ad alterazioni della regione infundibolare.

Adunque i sintomi determinati da una neoplasia dei corpi quadrigemini potrebbero distinguersi in due gruppi. Quelli di un gruppo sono la espressione di una sofferenza dei fasci sottoquadrigemini (incoordinazione a tipo cerebellare ed ipoacusia), quelli dell'altro gruppo sarebbero la espressione di una distensione del ventricolo medio e particolarmente della regione infundibolare (sonnolenza, polifagia, adiposità). *dr.*

GINECOLOGIA ED OSTETRICIA.

Fattori pratici ed errori comuni nel trattamento della sterilità.

(EDWARD REYNOLDS. *Journ. of the Amer. Med. Ass.*, 11 ottobre 1919).

Una esperienza oramai considerevole permette di riunire sotto distinti capitoli le cause più frequenti di sterilità: ognuno di essi giustificherebbe una lunga trattazione: il runirli in un solo articolo implica una restrizione entro rigorosi confini, spesso in una scheletrica descrizione.

Sterilità dovuta ad errori nei rapporti coniugali. — Tale causa non è rara, di solito per la produzione di una congestione e delle sue conseguenze. Molti pratici trovano difficile investigare su questi argomenti, a prescindere poi dal fatto che essi stessi non sanno bene che cosa domandare. Ma va considerato che i pazienti vengono alla consultazione assai desiderosi di porre fine al loro stato, e se il soggetto è abbordato francamente, è talvolta sorprendente come si possano ottenere, anche e specialmente dalle donne, tutti i particolari che occorrono.

Di solito il paziente riferisce di una diminuzione o di una scomparsa di soddisfazione nel coito. Delle eccitazioni frequenti non accompagnate dalla coabitazione costituiscono uno degli errori più comuni della vita coniugale, e se ripetute hanno spesso risultati dannosi sugli organi di ambedue i coniugi.

La non contemporaneità dell'orgasmo, risultato talora di una semplice idiosincrasia personale, talora di un'irritazione locale in qualche punto degli organi maschili, costituisce una causa frequentissima di congestione cronica degli organi femminili. Allo stesso porta la comunissima pratica del *coitus interruptus*, usata quando non si desideri la gravidanza nei primi tempi del matrimonio, con l'effetto poi di non riuscire ad ottenerla quando la si vorrebbe.

D'altra parte, una congestione accentuata negli organi femminili produce talvolta uno stato mentale, per il quale il desiderio precede la coabitazione e, quando questa avviene, l'orgasmo è cessato. In tali casi delle irrigazioni di glicerina nella vagina, decongestionando, spesso rompono il circolo vizioso, e ristabiliscono la normalità.

Anche gli eccessi abituali in coiti normali portano a congestione. Sono anche comuni nelle donne delle cause puramente psicologiche, che è facile rimuovere, che hanno il risultato di non ottenere l'orgasmo.

Sarebbe troppo lungo continuare. Ma è certo che spesso con semplici consigli modificatori delle abtudini si riesce a superare una apparente sterilità, specialmente nei casi iniziali. Se invece la congestione, prodotta da tali abitudini, data da parecchio tempo, può richiedersi un trattamento prolungato o anche un intervento operativo, prima di assicurare la gravidanza.

Sterilità del maschio. — È sorprendente come si dimentichi facilmente che perchè accada la fecondazione, occorre la cooperazione di due elementi sani e vitali. Secondo l'esperienza dell'A. nella sterilità la causa, e per lo più non specifica, risiedeva nell'uomo nel 50 % dei casi. Invece dai più, e anche da medici, si ritiene che un uomo che non abbia avuto malattie veneree e apparentemente in buona salute debba essere fertile. Si aggiunga che tra la fertilità completa e la completa sterilità vi sono tutti i gradi di passaggio.

Anzitutto v'è la sterilità congenita o meglio compubere, che consiste in un arresto di sviluppo degli organi genitali. La sua suscettibilità di miglioramento varia col grado di questo arresto di sviluppo.

Ma oltre a ciò i medici comunemente ritengono che, se una goccia di seme vista al microscopio mostra degli spermatozoi mobili, l'uomo sia fertile. Ora su questo argomento già notizie importanti ci dànno gli allevatori di animali. Concordemente a questa l'esperienza ha insegnato all'A. che la fertilità di un uomo non va giudicata solo dalla frequenza e dalla percentuale di mobilità degli spermatozoi presenti, ma deve essere apprezzata la vitalità di questi con osservazioni prolungate.

Degli spermatozoi di una vitalità piuttosto moderata raramente riescono fecondanti.

Oligospermia con deficiente vitalità dei nueraspermi si ha non di rado per cause costituzionali, per neurastenia o anche forse per deficiente alimentazione proteinica (il cui effetto nocivo è stato constatato dagli allevatori di animali).

Degli uomini moderatamente oligospermici, con deficiente vitalità del seme, probabilmente feconderanno delle donne ad alto grado di fertilità, ma saranno infecondi per delle donne i cui genitali siano moderatamente ostili ai neuraspermi e che sarebbero feconde per altri uomini. Tali soggetti oligospermici per causa costituzionale possono talora esser resi fertili con il cambio di abitudini o con trattamenti stimolanti, e sebbene l'infecondità relativa di ambedue i coniugi sia sempre piuttosto sfavorevole, talvolta in questi casi si può ottenere il successo, specialmente se la sterilità non data da molto tempo.

L'epididimite gonorroica doppia produce spesso aspermia assoluta; se limitata alla porzione superiore del *globus maior*, determina oligospermia, che praticamente si risolve in infecondità, per poco che i genitali della donna siano in uno stato moderatamente ostile agli spermatozoi. L'unico trattamento consiste nella resezione ed anastomosi del deferente, operazione che talvolta ha successo.

Delle condizioni locali nel canale genitale maschile, senza alcuna influenza sullo stato generale, possono produrre infecondità. Così una infiammazione strettamente localizzata dell'uretra, specifica o anche apparentemente non specifica, produce una secrezione uretrale che annulla o diminuisce la vitalità degli spermatozoi. Uno stato irritativo delle vescicole seminali produce lo stesso effetto. E una congestione e tumefazione della prostata, da cause le più svariate, produce una secrezione di muco denso, che agglutina tutti o quasi gli spermatozoi, facendo perdere loro la mobilità. Tutte queste condizioni sono curabili con un adeguato trattamento.

Il grado di fertilità di un maschio non può mai esser deciso senza un esame completo (vedi appresso) e di solito non è giustificato di trattare e più specialmente di operare una donna per sterilità se non dopo essersi accertati delle condizioni del suo coniuge.

Autointossicazioni. — Parecchi casi dimostrano che una funzionalità lenta del colon, con ritenzione cronica di feci, può provocare sterilità. Si può pensare a prima vista a una influenza diretta sugli organi genitali di una congestione pelvica: ma l'assenza di una congestione evidente, e i sintomi di intossicazione cronica presente in molti casi, fanno pensare piuttosto all'effetto di una autointossicazione. E nei casi clinici di questo tipo, la ritenzione di feci è apparsa, così alla diagnosi come al trattamento, il fatto più importante, sì da autorizzare la conclusione che la sterilità fosse dovuta essenzialmente a questo fattore.

Non si hanno argomenti così conclusivi per ammettere che anche una autointossicazione generale, da lesioni distanti, sia per sè una causa sufficiente di sterilità. Ma l'A. è indotto ad ammettere una tale ipotesi, sia per alcuni fatti da lui osservati, sia per l'esperienza degli allevatori di animali, i quali insistono molto sui vantaggi di un mantello liscio, di un occhio chiaro, di un temperamento animato, ecc.

Osservazioni empiriche. — La sterilità è un argomento che non ha ancora interessato la

massa dei medici: conseguenza di ciò è che uno specialista vede molti casi che sono stati complicati da precedenti operazioni inefficaci, specialmente nelle donne. Quando negli organi di una donna sterile non si trova alcuna anormalità importante, essa viene rimandata con i vecchi comuni consigli: ma se si trova qualcosa di abnorme, troppo spesso la si sottomette a un'operazione, sulla semplice probabilità che quella abnormità possa esser la causa dell'essere la donna sterile. Quante operazioni inutili si praticano per togliere una retroversione, senza prima accertare se esista per es., qualche alterazione delle ovaie che implichi la non ovulazione!

A prescindere da ciò, che è un vero errore, la fissazione anteriore del collo col ristabilimento di una flessione dell'utero può aumentare, invece che diminuire, le condizioni di sterilità.

Un altro elemento frequentissimo nel trattamento empirico della sterilità è costituito dal raschiamento non necessario nè efficace. Molti operatori, non trovando e non sapendo che altro fare, lo adoperano come una *routine*.

La dilatazione e il raschiamento, ben eseguiti e associati alla plastica della cervice, costituiscono una parte essenziale di molte operazioni per sterilità, ma, eseguiti per sè stessi e per un principio sbagliato, sono raramente efficaci, non di rado dannosi: e tanto più, naturalmente, quando siano eseguiti difettosamente e senza correggere la forma del collo.

L'uso di pessari è un trattamento troppo frequente, e che può essere assai dannoso, della sterilità. Alcuni vantano il 25 % di successi: la realtà è che questi debbono esser ridotti al 10-15 %, e che nel resto dei casi l'effetto è invece tutto l'opposto, perchè, producendo necrosi da pressione, lo strumento provoca una sterilità senza più speranza. E le poche gravidanze che si sono avute, si sono verificate nei primi mesi, perchè, in seguito, si produce una distruzione della mucosa uterina.

È ben noto che nè i fibroidi uterini, nè i cistomi ovarici costituiscono un impedimento assoluto alla gravidanza, la quale, in loro presenza, è tuttavia rara. Se tali neoplasmi sono combinati con ostilità di secrezione o con ovaia non ovulanti, si ha la sterilità; conseguentemente la rimozione di essi, combinata con l'allontanamento delle cause di sterilità, è solo efficace: la semplice asportazione del tumore, senza porre attenzione alle cause reali di sterilità, offre solo una minima percentuale di risultati.

Resta un'altra classe più vasta di deficienze. Sembra impossibile come non si pensi che nessun tubo è più ampio del suo punto più ristretto. Una alterazione (di solito infiammatoria) che in via meccanica o chimica ostruisca un punto qualsiasi, anche assai localizzato, del canale genitale, può, senza effetto sulla salute generale, renderlo impervio alla impregnazione. È stata già esaminata una simile condizione di cose nel maschio. Nella donna può aversi ostilità biochimica di origine batterica nel canale vaginale, ostilità meccanica da muco ispessito nel canale cervicale, ostilità tubarica senza accentuato ingrossamento delle tube, e non ovulazione ovarica da ritenzione follicolare. Sono condizioni che non influiscono sullo stato generale, che sono diagnosticabili solo col microscopio e dallo specialista, e che formano un gruppo importante e a prognosi che può essere buona, specialmente se il trattamento è iniziato sul principio della vita coniugale, e non quando la sterilità data da molto tempo.

La caratteristica generale è l'assenza di sintomi, fatta eccezione talvolta da dismenorrea, netta antiflessione del collo, collo piccolo con piccolo orifizio, fondo dell'utero non grande. V'è scarso drenaggio dall'utero e la secrezione cervicale è ispessita. Quando la gravidanza avviene presto dopo il matrimonio, lo sviluppo dell'utero si completa durante la gravidanza stessa, e tutto rientra nell'ordine. Ma se ciò non avviene, si stabilisce di solito una secrezione vaginale assai acida, fortemente microbica, e quindi la sterilità.

Nelle prime fasi, accertata la normalità della fusione ovarica durante il mese mestruale, una plastica cervicale, sola o combinata con disinfezioni vaginali e autovaccini, ordinariamente porta a successo. Nei casi più avanzati si stabilisce una alterazione funzionale delle ovaia ed occorre, combinata con le misure precedenti, una operazione conservativa su quelle. Da notare, che la gravidanza di rado segue nei primi 6 mesi, ma di solito nel primo anno o anche nel biennio.

Esame, diagnosi e prognosi. — Le cause potendo essere così varie, occorre un esame accurato e completo. Si comincerà con un'esauriente anamnesi dei due coniugi, con speciale riguardo a intossicazioni precedenti o a infezioni, che possano aver intaccato ovaia o testicoli. Se necessario, seguirà un esame fisico generale. Poi si passerà a un'accurata storia sessuale (abitudini, grado di desiderio, alterazioni mestruali, ecc.) dei due coniugi.

L'esame fisico locale nell'uomo si rivolgerà a tutte le parti genitali accessibili, aggiungendo, se vi è nella storia infezione uretrale, un esame dell'uretra.

Nella donna, oltre all'ispezione, si eseguirà una accurata palpazione bimanuale vagino-rettale, tenendo di mira specialmente l'eventuale esistenza di spasmi nei così detti legamenti uterini e di alterazioni funzionali delle ovaia. Se è necessario, l'esame sarà fatto sotto narcosi, e ripetuto nelle varie fasi del mese mestruale. Esso ricercherà delle singole parti dell'apparato genitale: le dimensioni, la forma, il grado di sviluppo, la dolorabilità, la congestione, gli stati infiammatori locali, lo spasmo.

Finalmente si farà l'esame delle secrezioni. Si comincerà da quella vaginale e cervicale: reazione chimica e aspetto grossolano; poi colorazione e studio batteriologico e citologico: quantità e condizioni delle cellule epiteliali, grado e qualità della leucocitosi, spessore e tenacità del muco.

In seguito, il più conveniente è un esame della secrezione femminile dopo il coito, perchè se in questa si trovano spermatozoi in buone condizioni di numero e vitalità, è inutile l'esame della secrezione maschile.

È necessario però che l'esame sia fatto nella prima ora dopo l'amplesso. Di solito basta prendere con una siringa la secrezione del canale cervicale: in certi casi è desiderabile l'esame della secrezione del corpo uterino, ma ciò è difficile senza contaminazione da parte della secrezione del collo, e non è sempre innocuo.

Se gli spermatozoi visti col metodo suddetto non sono in buone condizioni, si impone l'esame della secrezione maschile. Non si potrà condannare l'uomo senza l'esame diretto della sua uretra. Da notare che gli spermatozoi sono eccessivamente sensibili al freddo, al disseccamento e a un leggerissimo sovrariscaldamento.

Dopo uno studio completo della storia locale e generale, dopo gli esami generale, locale e microscopico, in ambedue i sessi, può emettersi una diagnosi etiologica e una prognosi sufficientemente accurata. La quale ha una spontanea importanza in rapporto al trattamento, specialmente operativo. Si tenga presente che questo, nel caso di sterilità, va considerato in modo differente da quei casi in cui un'operazione si impone, pur senza esser sicuri dell'esito, come quando è in pericolo la vita. Per la sola sterilità, invece, si richiede, se non proprio la garanzia, per lo meno una buona probabilità di successo.

E appunto il grado di successo è ciò che di solito viene chiesto allo specialista. Ora, sebbene l'esame accurato, come sopra è stato descritto, possa dare numerosi elementi al chirurgo, non ci si dimenticherà che i fattori causali possono essere molti e riuniti in parecchi nello stesso soggetto, e che la prognosi varia a seconda delle combinazioni così ottenute. Si può tuttavia dire che in soggetti giovani, senza anamnesi venerea, o difetti congeniti gravi, e con una sterilità che dati solo da pochi anni, la possibilità di ottenere col trattamento la gravidanza esiste quasi sempre. In casi scelti essa raggiunge il 75-80 %; ma in casi meno scelti essa segue tutte le graduazioni fino a quelle assolutamente senza speranza. Ogni caso quindi deve essere considerato per sè stesso, ed è chiaro che non può darsi alcuna regola fissa.

SEBASTIANI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Medico-Chirurgica di Bologna.

Adunanza scientifica del 14 giugno 1920.

Presidente: prof. VITTORIO PUTTI.

Intorno ad una sublussazione del radio in basso.

A. AVONI. — Questa lesione, propria dei bambini di non oltre quattro anni d'età, si osserva con una certa rarità e può sfuggire anche ad un esame accurato. Espone il disserente, che è aiuto di patologia chirurgica, quanto i trattatisti ne hanno scritto, e riferice quindi il suo caso. Una bimba di quattro anni fu presa un po' violentemente, e trattenuta, per la mano sinistra, a fine di impedire che cadesse dal letto, sull'orlo del quale trovavasi. Immediatamente gridò forte e accusò vivo dolore al braccio, che più non mosse nè volle più fosse toccato. Nulla di obbiettivo presentavasi all'esame, salvo un lievissimo grado di pronazione. Anche la radioscopia era negativa. Il disserente pensò ad una sublussazione del capitello del radio in basso, e, attenendosi ai consigli dei predecessori, eseguì un dolce movimento di supinazione dell'avambraccio. Percepì allora, insieme agli astanti, un *rumore di ritorno* in corrispondenza del gomito. E la bambina riacquistò immantinente l'uso completo del braccio.

Per la interpretazione delle ombre della base del cuore.

G. G. PALMIERI. — Enumera le cause che rendono difficile una sicura interpretazione delle ombre che si vedono dipartite dalla base del cuore, nelle varie proiezioni del cuore, e più a lungo considera i particolari della proiezione obliqua anteriore destra a circa 45°, illustrando il suo dire con la proiezione di diapositive e col mostrare modelli plastici ed istrumentari relativi al suo metodo, appositamente costruiti e in parte già presentati al Congresso Radiologico in Genova (ottobre 1919).

Di un fibromioma interparietale in una vescica a clessidra.

M. MONTANARI. — Riferisce ampiamente su di un caso osservato nel reparto urologico dell'Osp.

Maggiore di Milano, aggiungendo considerazioni d'ordine embriologico ed anatomo-patologico, oltre che cliniche.

Ricerche sulla minuta struttura della mucosa intestinale di pesci in rapporto a diversi momenti funzionali. (Seconda comunicazione).

A. CORTI. — Espone pregevoli ricerche.

Stenosi relativa del colon sigmoideo determinata da sovrariempimento della vescica orinaria.

A. MONTANARI. — Ha eseguito le ricerche in una donna affetta da diabete insipido, mediante un enteroclisma opaco. A vescica molto distesa si produce una stenosi relativa nella quarta porzione del sigma, mentre la terza porzione viene innalzata, uscendo dalla pelvi ed entrando nella cavità addominale. Il diss. illustra l'importanza pratica delle sue ricerche.

Dott. G. M. PICCININI.

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 23 aprile 1920.

Modificazioni della curva degli accessi epilettici.

BRAVETTA E. — Valendosi di osservazioni praticate sul ricco materiale clinico del Manicomio di Mombello, l'O. dimostra, col sussidio di grafiche e di diagrammi: 1° che durante l'ultima epidemia grippale si è constatata negli epilettici colpiti da influenza la soppressione quasi totale degli accessi convulsivi; però, cessata la epidemia, gli accessi epilettici riapparvero non modificati nè per frequenza nè per gravità. L'O. ritiene che tale azione antiepilettica della grippe sia legata alla presenza delle tossine influenzali, le quali eserciterebbero un'azione inibitrice sulla corteccia cerebrale. L'andamento dell'epidemia fu meno grave tra gli epilettici che tra gli altri ammalati di mente, poichè sopra 306 epilettici si verificarono 214 casi d'influenza con una mortalità del 15 per cento, cioè di gran lunga inferiore a quella di molti altri reparti manicomiali; 2° che il trattamento razionale della epilessia è quello della terapia bromica associata all'alimentazione ipoclorurata, continuata per anni; col qual metodo il numero degli ammalati colti dall'accesso epilettico ed il numero e la gravità degli accessi risultano costantemente ridotti in modo notevolissimo. L'O. illustra le grafiche relative alle rispettive curve e le confronta con altre riferentesi ad epoche in cui o non veniva somministrato alcun rimedio, o veniva somministrato il solo bromuro colla dieta salata comune.

Sulla genesi dell'empiema. Sintomatologia della perforazione polmonare.

MORELLI E. — L'O. mette in evidenza la gravità del decorso degli empiemi post-influenzali in confronto delle forme che ebbe agio di studiare l'anno decorso. La gravità è dovuta alla più frequente perforazione polmonare. Mentre nell'anno passato su 6 casi ebbe a notare una sola volta questa complicanza, quest'anno, su 7 casi, la notò ben 5 volte. Questa complicanza è difficile a mettersi in evidenza coi soliti mezzi curativi dell'empiema, è invece evidentissima col metodo già proposto dal Morelli (*Cura delle ferite toraco-polmonari*. Editore Cappelli, Bologna), della dilatazione attiva del polmone con aspirazione costante, esplicata attraverso il foro toracotomico. In tal caso si possono notare quattro segni della perforazione:

1° Anche con perfetta chiusura del foro toracotomico, la bottiglia di aspirazione (bottiglia *A* della figura nel testo citato) si vuota del liquido in essa contenuto, perchè il gas può passare nella bottiglia attraverso la perforazione pleurica;

2° Durante tale svuotatura spesso insorge un rantolo orale, avvertito e dal medico e dal paziente, dovuto al passaggio d'aria: il rantolo scompare cessando l'aspirazione;

3° Immettendo nel cavo pleurico del clorosol per la lavatura, il malato può avere accessi di tosse e avvertire sapore di cloro. È questo il segno più caratteristico e di assoluta certezza quando esiste;

4° Lasciando le due bottiglie di aspirazione in posizione tale che il livello dei liquidi sia uguale, dopo poco tempo si vedrà quello della bottiglia *B* (vedasi la figura del testo citato) farsi più alto: si viene, insomma, costruendo una contropressione dovuta al pneumotorace a valvola che si costituisce. La contropressione aumentando viene a comprimere il polmone fino ad ottenere la chiusura della fistola, e serve di dimostrazione terapeutica, poichè insegna quale pressione debbasi attuare per favorire la cicatrizzazione del polmone.

Si potrebbe pensare che il metodo aspiratorio potesse favorire la perforazione polmonare, e in realtà, se la cura è male esplicata, questo è possibile. Nei casi citati dall'O., che la perforazione fosse primitiva, è dimostrato dal fatto che la immissione di clorosol attuata prima dell'aspirazione diede sapore di cloro al paziente. È certo però che i casi suddetti debbono rendere molto prudenti nell'attuare l'aspirazione.

Pur con tali complicazioni i malati hanno avuto decorso buono.

I due casi non perforati ebbero, come sempre, decorso ottimo: guarirono ambedue in meno d'un mese.

A. GASBARRINI.

Società Lombarda di Scienze mediche e biologiche in Milano.

Seduta del 25 giugno 1920.

Presidenza del professor DEVOTO.

L'asportazione della parte postero-superiore della sinfisi pubica (sinfisiotomia parziale). Una nuova operazione per l'ampliamento permanente del bacino.

COSTA R. — L'operazione concede di asportare un pezzo d'osso dello spessore di 15 mm. cioè di allungare di 15 millimetri la coniugata vera. Detta operazione si svolge senza ledere le inserzioni

muscolo-aponeurotiche che si inseriscono sul pube nel tratto fra le due spine, perchè dette inserzioni si fanno tutte sul labbro anteriore del margine superiore della sinfisi o sulla faccia anteriore di questa. Solo la fascia transversalis si inserisce sul labbro posteriore di detto margine superiore. I vasi del campo operativo sono esigui, al massimo raggiungono la grossezza di uno spillo. L'operazione va eseguita disponendo la donna in posizione a cosce pendenti, e, mediante l'incisione trasversa delle pareti addominali, si penetra nella cavità preperitonale di Retzius; si introduce una compressa che difenda bene la vescica ed i suoi plessi, il peritoneo non viene interessato. Si pratica un'incisione trasversa da una spina del pube all'altra sulla parte più alta della faccia posteriore della sinfisi fino all'osso e si scolla il periosteo fino a metà altezza della faccia posteriore della sinfisi, indi, con una sega sottile o con uno scalpello lievemente arcuato, della larghezza di circa 4 centimetri e mezzo, si asporta la parte postero-superiore della sinfisi lasciando in alto solo lo spessore di qualche millimetro. Si sutura il periostio bene aderente alla superficie cruentata dell'osso.

L'O. presenta sei tavole dimostrative.

Il corozo - Rilievi alimentari.

PRETI L. — Il corozo od avorio vegetale è il seme di alcune specie di palme e pandanacee delle zone equatoriali; il quale, per la durezza, struttura e colore, ha un'apparenza assai simile all'avorio naturale e serve specialmente alla fabbricazione dei bottoni (bottoni di frutto), corallo artificiale, ecc. Dalla lavorazione dei bottoni residua una grande quantità di ritagli e di polvere. La polvere tra gli altri usi viene impiegata nella sofisticazione delle farine alimentari. L'O. dato l'uso che ne viene fatto, ha voluto stabilire, con una serie di indagini opportunamente condotte su animali, se detta sostanza gode di un qualche potere nutritivo e se eventualmente è dannosa. Dai reperti ottenuti l'A. conclude che l'albumina, il grasso e gli idrati di carbonio contenuti nel carozo non sono affatto utilizzati dall'organismo animale, e prescindendo dalla mancanza di qualsiasi valore alimentare negli animali non sembra dar luogo a disturbi di grande entità.

Il corozo - Rilievi chimici.

SARDI P. — L'O. riferisce anzitutto la percentuale dei componenti di questo seme: umidità 10.25, Proteina greggia 6.65, Grasso greggio 1.57, Ceneri 1.16, Cellulosa 10.42, Estrattivi inazotati 70.15, Pentosani 2.25. Passa quindi a trattare della composizione delle ceneri, e dopo aver ricordato dell'impiego dei cascami di tale seme — residui della fabbricazione dei bottoni, principalmente nella fabbricazione dell'alcool e dei concimi e come sofisticanti delle farine sulle quali è possibile rilevarne la presenza mediante soluzione di NaOH al 10 % che si colora quasi istantaneamente in giallo-verdastro — dà la composizone della cellulosa stessa: umidità 6.37, Grasso 0.78, Ceneri 1.15, Indice del rame 14.25, Cellulosa pura 11.70, concludendo si potrebbe utilmente impiegare tale seme nella preparazione degli eteri, sia organici che minerali della cellulosa.

Il circolo vizioso dopo la gastroenterostomia e un nuovo processo operativo.

CROSTI F. — Il circolo vizioso — vero ileo acuto molto alto per chiusura dell'apertura gastro-digiunale — nella grandissima maggioranza dei casi è meccanico e prodotto da cause diverse: formazione di uno sperone, fissazione antiperistaltica di ansa troppo lunga, torsione e compressione dell'efferente, flaccidità dello stomaco e dell'intestino (Kausch).

Preferibili quindi i metodi che eliminano tali cause; ideale l'Y di Roux ma di troppo lunga esecuzione (doppia anastomosi termico-laterale) e costituente una bocca troppo stretta ed insufficiente (Mattoli) quando il tenue è aplasico. Il V.; Hacher modificato (stiramento ed anastomosi della primissima ansa del digiuno con incisione verticale) rende eccezionale il circolo, ma, se sgraziatamente insorge, rende anche difficilissima, spesso impossibile l'enteroanastomosi alla Braem che può salvare l'operato.

In questi ultimi tempi, sperimentai la sospensione verticale dell'ansa anastomizzata, secondo Ricard e Chevrier, dando la preferenza al processo di M. R. Toupet, con distacco dell'epiploon dal colon trasverso per aprire largamente la retrocavità e scoprire tutta la faccia posteriore dello stomaco rovesciato in alto.

Attraverso il mesocolon fatta passare la primissima ansa digiunale si fissa l'angolo duodeno-digiunale al cardias (punti fissi)) e con sopragitto siero-sieroso verticale obliquo verso l'antro prepilorico, si addossa l'ansa digiunale stirata, l'anastomosi nel punto più declive si eseguisce con incisione verticale, come nel V. Hacher modificato. Durante l'intervento il colon t. è rimesso nell'addome esteriorizzandosi solo lo stomaco e il digiuno, ben circoscritti durante l'apertura dei visceri.

L'ansa, addossata verticalmente, rende impossibile il riflusso e permette facilmente di stabilire una enteroanastomosi secondaria.

L'operazione è facile e spedita.

LUIGI PRETI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA.

Versamenti asettici pneumogeni della pleura secondari a lesioni polmonari da influenza.

Georges S. Corkinas (*La Presse Médicale*, 17 gennaio 1920) riporta 19 casi di modici versamenti pleurici non purulenti, asettici, ora sieroso-chiari (1 caso), ora siero-fibrinosi (10 casi), ora siero-ematici (7 casi), ora puriformi (1 caso), riscontrati in militari affetti da influenza, casi raccolti fra 28 malati, che presentavano fenomeni di congestione polmonare o focolai di broncopolmonite. Non considera sei casi di versamento settico, riscontrati fra gli stessi 28 malati. Nella maggior parte si trattò di versamento minimo. Propone di chiamarli con Le Damany *versamenti pneumogeni anzichè pleurici*, poichè non sarebbero accompagnati da ispessimento pleurico. Sarebbero prodotti secondo l'A. da due elementi patogenetici: uno estrapolmonare (vuoto pleurico, congestione pleurica) e uno polmonare infiammatorio (congestione infiammatoria del polmone sottostante al focolaio d'epatizzazione).

L'esame citologico diede una formula polimorfa, dalla quale l'A. stabilì le seguenti categorie di versamenti:

1° Con polinucleosi neutrofila, cellule endoteliali e globuli rossi in grande quantità;

2° Con polinucleosi neutrofila, cellule endoteliali ed assenza o quasi di emazie;

3° Con polinucleosi e linfocitosi pressochè uguali, cellule endoteliali e pochi globuli rossi;

4° Con polinucleosi eosinofila, cellule endoteliali e globuli rossi;

5° Con polinucleosi neutrofila o linfocitosi, globuli rossi nucleati, cellule endoteliali e poche o molte emazie;

6° Con cellule endoteliali, assenza o presenza di emazie e rari polinucleari o linfociti.

La formula leucocitaria durante lo sviluppo del versamento ora cambiò notevolmente, ora invece restò quasi immutata; così anche non si potè stabilire alcuna regola riguardo al numero degli elementi figurati. Le lesioni istologiche delle cellule endoteliali consistevano in alterazioni degenerative banali. I leucociti polinucleari si mantennero integri in tutte le fasi del versamento. Le ricerche batteriologiche furono costantemente negative.

CESETTI.

Le pleuriti ascellari.

Le pleuriti localizzate presentano una sintomatologia affatto differente da quella della grande cavità. Esse possono essere circoscritte alla pleura pneumodiaframmatica, pneumomediastinica, interlobare. È però poco conosciuta la pleurite parziale della grande cavità, che viene descritta come pleurite ascellare da P. Emile-Weil e Loiseleur (*Journ. d. Praticiens*, 17 maggio 1919).

L'eziologia può essere traumatica o infettiva, spesso tubercolare, talora banale. L'evoluzione può essere acuta, subacuta o cronica. Vi sono forme secche con versamento sieroso, emorragico, il più spesso, suppurato.

Di solito l'esistenza di queste pleuriti ascellari viene rilevata dalla sola radioscopia, ciò che spiega il fatto che essa è ignorata dal pubblico e dai medici. Specialmente in tubercolotici, si trova alla radioscopia la pleurite ascellare, senza che nulla abbia potuto farne sospettare l'esistenza.

Nei casi acuti, i sintomi pleurali sono più distinti, ma la sola radioscopia permette di distinguere la localizzazione e di riconoscere la pleurite parziale, ascellare.

Meglio ancora serve per la diagnosi, il processo della pneumosierosa, che è pure assai utile per la cura, associato alle iniezioni di bleu di metilene o di olio al gomenolo.

fil.

Sul trattamento dell'empiema.

Philips, Langmann e Mix (*Journ. Am. med. Assoc.*, 3 maggio 1919) hanno fatto uno studio comparativo dei diversi metodi di trattamento dell'empiema, venendo alla conclusione che:

1° Le aspirazioni ripetute nella maggior parte dei casi non possono applicarsi; come procedimento palliativo, provocano spesso la formazione di pneumotorace e sono quindi di un valore discutibile; sono poi assolutamente controindicate nella tossiemia grave.

2° Il drenaggio intercostale è impossibile, senza la formazione di un pneumotorace, che complica la situazione, togliendo una porzione del campo respiratorio ad un ammalato che avrebbe bisogno di ampia ventilazione polmonare. Ad ogni modo esso offre gli inconvenienti della resezione costale, senza averne i vantaggi. Questo ultimo metodo sarebbe dunque da preferirsi, qualora non ve ne fosse un altro, che gli AA. hanno riscontrato di gran lunga il migliore.

Tale metodo si basa sull'uso dell'apparecchio di Philips. Questo consiste di una cannula speciale, una bottiglia, un manometro a pressione negativa, una pompa aspirante, con le relative connessioni in tubi di gomma. La cannula è di un modello speciale, adatta a servire come

trequarti per la toracotomia, fatta in modo che non può ostruirsi. Essa rimane nelle pareti toraciche, fino a che la cavità dell'empiema non sia obliterata, ed è circondata da un cappuccio di gomma che aderisce alle pareti toraciche permettendo una connessione stagna con il sacco pleurale. Mediante tale dispositivo si può svuotare il sacco pleurico con un drenaggio che non si ostruisce, mantenendo una pressione negativa continua di 30-60 mm. di mercurio, fino a che non siasi obliterato il sacco e non si siano formate salde aderenze fra la pleura viscerale e la parietale.

I vantaggi di tale apparecchio sono diversi; per il fatto che si trova una pressione negativa si impedisce in primo tempo il collasso del polmone e si evita ogni difficoltà di respirazione. La cannula, che può anche contenere una curetta, assicura un ampio drenaggio. La medicatura si fa una volta per sempre: si ovvia così al pericolo di infezioni secondarie e al fastidio delle continue medicazioni; tutto il pus si accumula da sè nella bottiglia, ed ha raggiunto, in un caso degli AA., la quantità di 11 litri. La durata del trattamento viene altresì ridotta. *r. s.*

Trattamento operativo della pleurite purulenta.

In un'epidemia di pleurite purulenta (da streptococco emolitico), verificatasi negli Stati Uniti al principio del 1918, i medici si accorsero ben presto che il trattamento classico operatorio portava a cattivi risultati, specialmente per quanto riguarda la mortalità. L'operazione precoce provoca di conseguenza cianosi e dispnea, in causa del collasso del polmone; non vi è invece nessun danno ad attendere.

Spesso, con le sole punture aspiratrici, che evitano la compressione del polmone, il pus si riassorbe gradatamente, e l'ammalato guarisce. In caso contrario, con l'attesa il pus si circoscrive, sicchè all'atto operatorio non si ha da aprire che una piccola cavità

La puntura aspiratrice va fatta quando vi sono fenomeni di compressione, con apparecchio Potain o con siringa di Luer; il pus da streptococco è di aspetto siero-fibrinoso, quello da pneumococco, cremoso. Le punture vanno poi ripetute ogni tre giorni od anche più spesso, se il versamento si riforma rapidamente. Dopo 2-3 settimane, lo stadio acuto è scomparso, e, se persiste tuttora il versamento, si potrà procedere all'atto operativo. A questo si ricorrerà anche prima se vi fossero indicazioni particolari, p. e. se l'esame del sangue indica una notevole leucocitosi polimorfo-neutrofila.

L'operazione (C. Schultz de Brun, *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 25 maggio 1919) va fatta sotto anestesia locale (iniezione di novocaina a ½-2 %) nella doccia sottocostale accanto alla colonna vertebrale. Si lava la cute con sapone, poi alcool a 50 %, poi etere: si spennella con tintura di jodio a 2 %.

L'incisione di scelta (salvo indicazioni particolari fornite dall'esame clinico e radioscopico) si fa sulla linea ascellare posteriore nel 7°-8° spazio intercostale. Anche senza resezione costale si può ottenere un buon drenaggio, purchè si metta un materiale (tubo di gomma forte) che non venga schiacciato nei movimenti delle costole.

Nelle operazioni secondarie è invece necessaria la costotomia, resecando almeno 7-8 cm. di costola, avendo cura di lasciare superfici piane, poichè altrimenti una piccola scheggia, necrosandosi, può essere causa di fistole interminabili. *r. s.*

Il pneumotorace nella cura della pleurite siero-fibrinosa.

Sono note a tutti i pratici le conseguenze della pleurite siero-fibrinosa che lascia un polmone raggrinzato, la cassa toracica rimpicciolita, la pleure aderenti. Allo scopo di evitare tali esiti spiacevoli, è stato raccomandato anche da Forlanini il pneumotorace. La sostituzione dell'aria al liquido estratto con la toracentesi non solo assicura la distensione graduale del polmone e la soppressione degli incidenti, talora gravi, che accompagnano in qualche caso la toracentesi, ma significa realizzare la completa evacuazione del versamento, permettere il riposo del polmone e della pleura ed impedire che i due foglietti pleurici vengano ad affrontarsi prima che sia del tutto spento il processo flogistico.

Occorre intervenire precocemente e rifornire il pneumotorace quando la comparsa di sfregamenti indica un riassorbimento troppo precoce dell'aria. Il pneumotorace deve essere superiore al minimo necessario per l'evacuazione completa del liquido pleurico.

Da una statistica di Weil e Loiseleur (rif. in *Riforma medica*, 22 novembre 1919) risulta che con questo metodo si hanno aderenze solo nel 18 % dei casi, mentre nel 48 % la guarigione anatomica e funzionale è perfetta. *fil.*

La tubercolina nella cura della pleurite essudativa specifica.

Ne riferiscono soltanto due autori. Il Beck nel 1912 d'un ragazzo quattordicenne, affetto da pleurite e peritonite essudativa, in cui la cura venne iniziata con iniezioni di 0,01 g. di Tubercolina, nonostante la febbre a 38°, aumen-

tando poi la dose fino a 1 g. lentamente in intervalli di 3 o 4 giorni. In questo frattempo l'essudato si riassorbì e la temperatura ridivenne normale. Cuno, nel 1913, descrive 2 casi di pleurite con formazione di grossi coltroni (bambino di 6 e 8 anni), in cui l'ottusità scomparve in 2 mesi iniettando consecutivamente 6 g. di tubercolina Rosenbach. Bandelier e Roepke sconsigliano nel loro noto trattato sulla tubercolosi, l'uso della tubercolina tanto a scopi diagnostici che terapeutici, fino a quando sussistano febbre ed essudazioni; poichè una reazione di focolaio non subentrerebbe alla presenza di essudazioni e la reazione generale poteva esser data anche da un focolaio che non stava in nessun nesso colla pleurite in corso.

Incoraggiato dai successi terapeutici di Beck e Cuno, Stuhl sperimentò la tubercolina in 4 casi, la cui storia egli pubblica brevemente nella *D. M. W.* (n. 49, a. XLV). Nel primo si trattava d'una pleurite essudativa d. con leggera apicite, nel secondo di pleurite essudativa sin. e peritonite essudativa, nel terzo di pleurite essudativa con concomitante affezione d'ambo gli apici, nel quarto d'una tubercolosi cronica, che in un decennio aveva intaccato consecutivamente tutte le sierose del torace. In tutti questi casi, piuttosto gravi, poichè l'essudato deve sempre esser considerato come una complicazione della tubercolosi, l'azione della tubercolina si rese manifesta con l'aumento della diuresi, diminuzione della febbre, riassorbimento degli essudati, rapido miglioramento delle condizioni generali dell'infermo. (La poliuria consecutiva ad iniezioni diagnostiche di tubercolina era già stata constatata dal Reichmann nel 60 % dei casi). L'autore si servì della tubercolina Denys o Rosenbach. Adoperando la vecchia tubercolina Koch, molto più concentrata, è consigliabile la soluzione VI, al massimo quella V, di cui 1/10 di cmc. corrisponde a 0.000,001 di g. La dose va aumentata molto lentamente. La febbre non costituisce alcuna controindicazione alla cura, la quale per la sua semplicità d'uso dovrebbe diventare dominio di qualunque medico pratico.

M. P.

Sono rimasti disponibili alcuni esemplari (estratti dal "Policlinico" - Sezione Medica) delle seguenti monografie:

A. MURRI, **Dei medici futuri** (L. 2.50);

C. ECONOMO, **Sull'encefalite letargica** (L. 5).

Coloro che desiderano averne copie, mandino la relativa cartolina-vaglia all'Amministrazione.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Sulla patogenesi dell'ulcera duodenale.

Jona (di Melbourne) ha messo in luce sperimentalmente l'influenza diretta che la mancanza di succo pancreatico ha nella patogenesi delle ulcere dello stomaco e dell'intestino (*Med. Journal of Australia*, aprile 1919).

In un buon numero di cani si praticò, con le regole dell'arte, la legatura del dotto pancreatico. Gli animali nel periodo consecutivo all'esperienza deperirono, perdettero il pelo, cambiarono di umore. All'autopsia furono riscontrate numerose ulcere al duodeno e al digiuno, le più grandi del diametro di circa 1 cm. Lo stomaco, il resto del tenue, il crasso erano immuni da qualsiasi lesione.

Le ulcerazioni così riscontrate possono essere attribuite all'azione del succo gastrico (acido cloridrico), non neutralizzato, sulla mucosa intestinale; quando l'ulcera è al piloro od allo stomaco si può ritenere che in questi individui avvenga di norma un rigurgito di succo pancreatico e bile dal duodeno nello stomaco; tale fatto si riscontra nel 50 % dei casi.

La esatta localizzazione dell'ulcera è determinata probabilmente da altri fattori. Siffatti risultati sperimentali hanno portato l'autore a tentare una terapia medica dell'ulcera duodenale intesa nel senso di riattivare la secrezione pancreatica, comunque diminuita, e limitare od arrestare le conseguenze di tale insufficienza. L'A. si è servito, e con buoni risultati, della *secretina* Fairchild di B. W. e C. somministrata *per os* a digiuno, di cure generali e dei mezzi miranti alla soppressione di prodotti di attività batterica capaci di inibire la secrezione pancreatica, come risulta da precedenti esperienze dello stesso autore. D. M.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1197). *Cura del gozzo con le iniezioni iodiche.* — Al dott. Pietro Zanotti, da Frassinoro:

La cura del gozzo con le iniezioni iodiche è stata trovata e sperimentata principalmente dal prof. Durante.

Può riuscire utile sia nel gozzo comune e sia in quello esoftalmico.

La cura riesce utile quando, in entrambi i casi, si tratta di gozzo gelatinoso o colloideo o parenchimatoso.

Si usa la soluzione acquosa iodo-iodurata di 1° grado (1 I, 2 IK, 100 H_2O).

Si pratica l'iniezione in modo da imbibire tutto il tessuto ipertrofico della ghiandola o d'un lobo di essa.

L'iniezione può praticarsi giornalmente o a giorni alterni, sospendendo per qualche giorno quando accade forte reazione locale.

Il benefico effetto si rivela per riduzione della ghiandola in seguito ad indurimento.

La stessa cura può riuscire utile ancora nel gozzo cistico: previa aspirazione del contenuto iniettare 1-2 cc. di detta soluzione nel cavo. (Cura ancora non molto sperimentata).

Altra cura incruenta sarebbe quella con la tiroidina, la quale può coadiuvare la precedente.

GUSSIO.

(1198) Al dott. Clemente Santillo, da Casapulla (Caserta):

Non consta che siano indetti Congressi medici a Trento per questo scorcio d'anno. È probabile che per il mese di gennaio 1921 sia organizzata una 2ª gita (la 1ª si fece nel gennaio di quest'anno) per visitare le stazioni invernali della Venezia Tridentina, per iniziativa dell'Associazione di Idro-Climatologia.

L. D.

CENNI BIBLIOGRAFICI

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

HARRISON L. W.: *Manual of Venereal Diseases.* Frowde, Hodder and Stoughton. London, 1920. — Prezzo Scellini 16.

Libro per studenti e medici, come ve n'ha molti in Inghilterra e, purtroppo, neppur uno ancora da noi.

Le malattie venereo-sifilitiche vi sono trattate con modernità di vedute, con larga parte all'anatomia patologica ed alle ricerche di laboratorio, ma con costante indirizzo clinico. La trattazione per regioni anatomiche della parte clinica, insolita per noi, ha se non altro il vantaggio di obbligare ad una gran copia di diagnosi differenziali; e, mentre qua e là è un po' superficiale, come a proposito della sifilide viscerale e specialmente cardio-vascolare, si diffonde con la consueta larghezza dei libri inglesi sulle lesioni del sistema nervoso.

La speciale frammentazione della materia in paragrafi, il risalto conferito da un largo e opportuno uso del carattere grassetto e particolarmente la grande ricchezza in schemi, disegni, fotografie, microgrammi (in tutto una settantina) e tavole (delle quali 16 in quadricromia) ne fanno una preziosa guida per i medici pratici ed un invidiabile testo per gli studenti.

Invidiabile anche per la solita signorilità dell'edizione su carta patinata, che — a questi chiari di luna — suggerisce inevitabilmente melanconici confronti interalleati.

R. SCA.

ZIELER KARL: *Die Geschlechtskrankheiten.* Un vol. in-16 di pag. 171, con figure, rilegato. — Georg Thieme, ed., Lipsia. — Prezzo L. 9.60.

Buon manualetto, destinato ai medici pratici, sulla diagnosi ed il trattamento della blenorragia, dell'ulcera molle e della sifilide. Senza diffondersi troppo sulla descrizione dei quadri clinici, l'A. insiste particolarmente sulle difficoltà che possono incontrarsi nelle diagnosi e sui più comuni errori in cui cadono i non specialisti. Vengono opportunamente descritti i principali metodi di ricerca e date utili e minute indicazioni sul trattamento.

r. s.

FINDLAY LEONARD: *Syphilis in childhood.* Un volume in-16 rilegato, di pag. 150, con fotografie e tavole colorate. — H. Frowde, Hodder e Stoughton, editori. Londra, 1919. — Prezzo scellini 8.6.

La sifilide infantile, troppo spesso misconosciuta, rappresenta un importante capitolo sia dal punto di vista pediatrico, che da quello delle malattie veneree. Il presente volume, che fa parte delle pubblicazioni mediche di Oxford, si estende specialmente sulla svariata sintomatologia, sulla diagnosi e sul trattamento. La sifilide infantile è per lo più congenita: il triste argomento di quella acquisita viene trattato in un capitolo a parte.

r. s.

LYDSTON G. FRANK: *Impotence and sterility.* Un vol. in-8, rilegato, di 322 pag., con figure. — The Riverton Press, Chicago. — Prezzo 4 dollari.

Il concetto che l'A. svolge in questo volume è che il pervertimento della qualità o la diminuzione della quantità dell'ormone sessuale, formato dalle ghiandole che producono le cellule germinative o spermatiche, è il fondamento biologico delle aberrazioni fisiche o psichiche della differenziazione sessuale. Perversione ed inversione sessuale sono di origine essenzialmente biochimica e, prese a tempo, possono venir curate con l'impianto di ghiandole sessuali anche estranee. Tale teoria non è incompatibile con quella della influenza della pituitaria e della corteccia surrenale sullo sviluppo primario degli organi sessuali. L'A. considera quindi l'imperfetto differenziamento sessuale (ermafroditismo) e le malattie dell'istinto e delle funzioni sessuali (perversioni, impotenza, sterilità, spermatorrea, ecc.), dedicando un capitolo, con numerose osservazioni personali, all'impianto delle ghiandole sessuali.

l. b.

The medical Annual. A year book of treatment and practitioner's index, 1920. Un vol. in-8 di 450 pag. — John Wright and Sons Ltd., ed., Londra. — Prezzo 15 scellini.

Questo comodo repertorio dei progressi delle scienze mediche, che conta già 38 anni di vita, è diviso in tre parti. Nella prima si trova un resoconto sui diversi lavori di materia medica, farmacologia e radiologia. La seconda parte, che è la più riccà, tratta svariati argomenti delle diverse scienze medico-chirurgiche, specialmente dal punto di vista della terapia. Nella terza si danno notizie sull'igiene e la sanità pubblica.

Ogni argomento porta le precise indicazioni bibliografiche; le fonti delle citazioni sono per la massima parte tratte da lavori in lingua inglese. Il volume è, come sempre, accompagnato da nitide figure e da belle tavole colorate.

l. b.

VARIA

La crisi libraria.

Com'è noto, il rincaro della carta e della mano d'opera tipografica creano difficoltà gravissime all'industria editoriale. In un articolo pubblicato nella «Revue Scientifique» Ducrot rileva che, se questa crisi colpisce la produzione letteraria, è ancora più sentita per quella scientifica. Egli ne analizza le cause: la carta costa oggi, in media, cinque volte più che prima della guerra e la stampa da tre a quattro volte: quindi i libri vengono a costare in media quattro volte di più. (Com'è noto, in Italia la sproporzione è ancora maggiore: si va circa al decuplo!). Ora, gl'introiti dei lavoratori intellettuali si sono, in media, appena raddoppiati; al tempo stesso i bilanci delle istituzioni scientifiche, delle biblioteche, dei laboratori universitari sono stati ridotti.

D'altra parte conviene considerare che i libri scientifici — anche quelli che portano contributi notevoli al sapere — non costituiscono *un genere di prima necessità*: quindi si riesce a farne a meno, e se eccedono un certo prezzo, non sono più venduti: questo limite massimo sembra essere stato raggiunto se non superato.

Siffatte condizioni costituiscono un vero pericolo per i progressi della scienza, in tutti i paesi civili.

Uno studio statistico, valevole ad illustrare queste premesse, viene pubblicato da Fernand Roches nel «Correspondant». Egli dimostra il decremento delle pubblicazioni scientifiche nei principali paesi, a partire dal 1914. I dati più precisi si riferiscono alle due annate 1917 e 1918: fatta esclusione delle opere musicali e delle pubblicazioni periodiche, si discende da 5054 a 4484 in Francia, da 8131 a 7716 in Inghilterra, da 8349 a 5902 in Italia, da 10060 a 9237 negli Stati Uniti, da 14910 a 14743 in Germania. La produzione relativa al 1919 non è ancora nota, ma probabilmente segna un'ulteriore diminuzione. Interessa notare che il decremento, nel corso di un anno, è stato di 2447 opere in Italia, di 823 negli Stati Uniti, di 540 in Francia, di 415 in Inghilterra, di appena 167 nella Germania vinta e disorganizzata.

Per quanto riguarda le opere mediche, da una statistica recentemente inserita nella «Bibliographie de France» risulta che in Francia si ebbe già una forte riduzione a partire dal 1910 con 1230 opere, fino al primo anno di guerra, 1914, con 721 opere; nel 1915 si produsse un fortissimo declino, con 202 opere; si manifestò una tendenza al miglioramento nel 1916 e più ancora nel 1917, in cui apparvero 292 libri; ma nel 1918 successe una nuova riduzione: si credeva che questa si sarebbe accentuata nel 1919, mentre invece in quest'anno apparvero 309 opere nuove.

(In *Journal A. M. A.*). R. B.

Valutaausgleich.

Come sappiamo, il prezzo della merce in Germania è subordinato alla nazionalità del cliente; un libro che vale 10 marchi per un tedesco ne varrà 30 per un francese, 24 per un italiano ecc., in base ad una proporzione fatta ogni quindici giorni dalle camere federali le quali si basano per questa valutazione sul corso dei cambi: si vuole in sostanza che lo straniero non fruisca della svalutazione del marco sul mercato internazionale del denaro. Vediamo che lo stesso sistema si applica ora alle stazioni termali.

La Standesvereins der Reichsdeutschen Badeaertzte comincia pure a stabilire che le consultazioni nelle stazioni termali saranno pagate in base ad un onorario di dieci marchi nominali oro al cambio del paese di origine.

Così ad es. l'onorario nominale per i latini è fr. 12.50; ma in sostanza il francese pagherà la consultazione 46 marchi, l'italiano 36 e lo spagnolo 126.

I più bistrattati vengono quindi ad essere gli americani, che per un onorario nominale di dollari 2.40 devono pagare 141 marchi. Dopo essi vengono gli svizzeri, che malgrado la cuginanza sono tartassati in base al cambio di frs. 12.50 con mk. 134.

A suo tempo vedremo i risultati di questo tentativo di conguaglio monetario.

(*Pathologica*).

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE.

L'attività della Croce Rossa Italiana.

Un recente decreto, ignoto forse a molti, stabilisce che la Croce Rossa Italiana in tempo di pace «debba dedicare la sua attività a svolgere fra le «popolazioni opera continuativa di educazione igie«nica e di assistenza sanitaria, in armonia col«l'azione delle autorità direttive dello Stato, eser«citando in ogni caso tutte le forme di collettiva «solidarietà umana consigliate dalla necessità del«la salute pubblica».

In tal modo la C. R. I. che già in pieno periodo di guerra, mentre la cura degli infermi e feriti assorbiva gran parte del suo personale, seguiva queste direttive, finisce di essere esclusivamente una istituzione di pronto soccorso ai feriti di guerra, ed entra con fervore nella vita ordinaria delle popolazioni e segue anzi di questa vita il ritmo più intenso e più vibrante apportandovi sistematicamente luce di scienza e calore di fede, decisivi per le sorti della Nazione.

Se seguiamo l'attività fattiva della C. R. I. vediamo come nella lotta contro la malaria essa ha ampliato l'opera che già svolgeva fino dal 1900: aumentate le ambulanze nelle Paludi Pontine, è stato migliorato il servizio nell'Agro Romano, sono state inviate ambulanze nella Piana di Catania, lungo il litorale Jonico della Calabria, della Basilicata, della Provincia di Lecce, nelle Puglie, in Sardegna.

Sotto la guida e la cooperazione della Direzione Generale della Sanità Pubblica e di altri enti statali si sta ora provvedendo, con opera uniforme in tutta Italia, al censimento e alla cura dei malarici congedati a domicilio o in appositi ambulatorî. Inoltre sono stati creati speciali sanatorî antimalarici a Montebondone sopra Trento, a Rivisindoli (Aquila), a Petralia Sottana (Palermo), a Nuoro (Cagliari), a Massa Lubrense (Napoli).

Nel campo della tubercolosi (durante la guerra la C. R. I. allestì a ben undici istituti climatici!) sono stati conservati i migliori sanatorî creati durante la guerra (quello di Cuasso al Monte e quello dell'Eremo di Lanzo) che saranno trasformati in sanatorî a tipo popolare a disposizione delle classi più modeste. È stato inoltre acquistato un grande sanatorio marino sulle spiaggie dell'Istria, a Valle Oltra, che sarà dedicato alla cura delle forme tubercolari chirurgiche infantili, tanto frequenti, così i bimbi d'ogni parte d'Italia, bisognevoli di quella cura, vi troveranno tutti i mezzi più efficaci per una assistenza risanatrice.

Notevole impulso è stato pur dato alla creazione di ambulatorî (dispensari) che hanno sezioni di pronto soccorso medico-chirurgico, di assistenza all'infanzia, di cura antimalarica. Dispensari più o meno complessi e sviluppati sono sorti in breve tempo a Torino, Bardonecchia, Pallanza, Genova, Firenze, Piombino, Ferrara, Camerino, Caserta, Rieti, Reggio Calabria, ecc.

Le colonie di vacanze, create allo scopo di venire in aiuto dei bambini gracili e in condizioni più o meno gravi di denutrizione, hanno avuto un notevole sviluppo: mentre nel 1918 furono assistiti 1940 bambini e 3046 nel 1919, quest'anno si arriverà con varî turni alla cifra di 5000. Nelle colonie di quest'anno si segue il concetto di associare al beneficio del clima una sana educazione ed un insegnamento svolto secondo i criteri della scuola all'aperto.

Accanto a quelle di carattere temporaneo, sono state istituite delle *colonie permanenti,* sia per i bimbi delle terre redente, sia per i bimbi sani che vivono a contatto di genitori tubercolosi e che occorre salvare sottraendoli all'ambiente famigliare infetto.

Fra le altre iniziative ricordiamo l'aiuto dato all'opera dell'*Italia redenta,* i vasti servizi logistici d'approvvigionamento della popolazione di Fiume, i corsi speciali per i medici che vogliono dedicarsi all'assistenza degli operai sul lavoro, ecc.

A migliorare la coscienza igienica delle popolazioni sono state iniziate delle pubblicazioni di carattere popolare e preparate delle cartemurali che illustrano fondamentali precetti igienici; sono stati inoltre banditi due concorsi con premi per 10 mila lire per due libri di educazione igienica; è stato presentato al Ministero della P. I. un disegno di assistenza sanitaria scolastica elaborato da una Commissione di tecnici autorevoli della scuola e delle discipline dell'igiene.

Per ciò che riguarda l'organizzazione interna, la maggiore attenzione è stata pure rivolta a tutte le numerose e complesse questioni relative al personale dell'Associazione, cui è stato dato un preciso assetto economico; come pure è stato sistemato il materiale residuato dalla guerra e quello che, riordinato, dovrà essere adoperato per i fini di pace.

Nel mentre è molto confortevole constatare come la C. R. I. abbia fatto proprio e, sotto la guida dell'attuale presidente senatore Giovanni Ciraolo e del nuovo direttore generale prof. Cesare Baduel, vada attuando con sistemi e mezzi modernissimi, un così ardito programma di assistenza sanitaria sociale, è da augurarsi che tutti gli italiani i quali desiderano il rinnovamento igienico della Nazione — oggi più che mai necessario dopo il deperimento fisico prodotto dalla guerra — si stringano intorno a questa grande istituzione e la confortino e sostengano del loro aiuto morale e materiale!

Assicurazioni sociali ed organizzazioni operaie.

Nei giorni 22 e 23 agosto si tenne a Torino il primo Congresso provinciale della Federazione delle Società Mutue e Cooperative aderenti alla Camera del Lavoro.

Riportiamo alcuni dei voti espressi sulle assicurazioni sociali.

Legge sugli infortuni agricoli:

Abolizione dei vincoli imposti all'azione di revisione, vincoli non esistenti nella legge sugli in-

fortuni industriali, e diritto alla revisione entro quattro anni, a partire da un anno dopo la prima liquidazione;

Ente assicuratore unico;

Obbligo all'Istituto assicuratore di dare pubblicità alle denunzie ricevute ed ai dati clinici riguardanti gli infortunati;

Commissione arbitrale centrale con diverse sezioni interregionali.

Legge sugli infortuni industriali:

Le denunzie degli infortuni siano fatte all'Ispettorato del Lavoro;

Obbligo agli Ospedali nonchè ai medici privati di dare comunicazione della cartella clinica agli infortunati ed agli Istituti di difesa medico-legale dei lavoratori;

Massima estensione della legge, in modo che tutti i lavoratori dell'industria e del commercio siano beneficati dall'assicurazione contro gli infortuni;

Assicurazione obbligatoria oltrechè per gli infortuni, anche per le malattie professionali specifiche;

In ogni caso di infortunio o di malattia professionale, diritto dell'operaio non solo all'indennità, ma anche all'assistenza medico-chirurgica, ortopedica e farmaceutica sino al massimo ricupero possibile della capacità lavorativa;

Esercizio dell'assicurazione affidato alla Cassa Nazionale Infortuni, riordinata in Istituti territoriali, all'amministrazione dei quali prenda parte una congrua rappresentanza operaia;

Diritto a revisione entro quattro anni, a partire da un anno dopo la prima liquidazione;

Procedura per le controversie uniformata a quella applicata negli infortuni agricoli.

Legge sulla Assicurazione-malattie:

Il Congresso, preso atto delle tergiversazioni e delle mal nascoste remore che da più parti si manifestano contro tale provvidenza sociale, fa voti:

Che sia al più presto presentato al Parlamento almeno il progetto di legge elaborato dalla Commissione Reale od uno altrettanto o più completo ed efficace;

Che la nuova provvidenza contro le malattie sia organata in modo da riuscire integrata ed integrante di tutti quegli altri provvedimenti che si riassumono nel concetto delle *assicurazioni globali;*

Che nei provvedimenti assicurativi contro le malattie si abbia di mira oltre al semplice problema assicurativo, anche il più vasto e complesso problema dell'assistenza sanitaria integrale.

Cronaca del movimento professionale.

Cassa di Mutuo Soccorso all'A. N. M. C.

Il Consiglio di Presidenza dell'Associazione ha approvato il regolamento relativo all'istituzione di una Cassa di mutuo soccorso.

Il regolamento verrà sottoposto al prossimo Congresso.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8456) *Miglioramento economico.* — Dott. abbonato 4823. — Se ricopre un posto previsto in organico e privo di titolare Le compete la indennità caro-viveri a partire dal 1° gennaio 1919. Detta indennità è di lire 100 per gli ammogliati e di lire 65 per i celibi, oltre centesimdi 85 al giorno per ognuno dei figli minori e conviventi, oltre i primi tre. Tutti gli altri miglioramenti di stipendio, in caso di diniego della Amministrazione municipale, debbono essere concessi dalla G. P. A. e decorrono dalla data della rispettiva deliberazione od ordinanza, se non sia stabilito espressamente termine diverso.

(8458 *Stabilità.* — Dott. A. G. da G. — Non ostante la interruzione verificatasi per il servizio militare Ella è ora stabile per aver compito due anni di servizio dal 1914 ad oggi.

(8459) *Cassa di previdenza.* — Dott. abbon. 7777. — Con 38 anni di servizio e 67 di età, liquiderà l'annua pensione di lire 3000. Con 36 anni di servizio e 67 di età liquiderà la medesima pensione, che è la massima.

(8460) *Pensioni.* — Dott. B. F. da V. — Il regolamento 7 giugno 1920, n. 835, sulla liquidazione delle pensioni, non è applicabile ai medici condotti.

(8461) *Medici ospedalieri - Indennità caro-viveri.* — Dott. Direz. O. C. da V. — Nulla risulta circa la pubblicazione del decreto-legge cui allude a riguardo dei medici ospedalieri.

(8462) *Infermità contratta in servizio.* — Dottor V. B. da B. — Noi crediamo che non le si possa togliere lo stipendio dopo i primi tre mesi di infermità, non solamente perchè l'art. 29 del regolamento generale sanitario parla di medico condotto in genere senza distinzione fra condotta residenziale o a cura piena, anche perchè essendo, come pare, medico unico in paese, anche le prestazioni fatte a chi non era inscritto nell'elenco debbono essere considerate come fatte in servizio di condotta. Vi è poi un'altra ragione che milita in suo favore, e cioè che Ella non trascura di esercitare la sua professione nei limiti che le attuali sue condizioni di salute permettono. Non sarebbe, quindi, per nulla giustificato il diniego dello stipendio. Se qualche atto del genere fosse pronunziato, ce ne riferisca per poterle dare i consigli richiesti dalle peculiari contingenze del caso.

(8463) *Ordine dei sanitarii.* — Dott. G. N. da I. L. — L'iscrizione all'Ordine dei sanitarii è obbligatoria giusta l'art. 11 del D. L. del 16 luglio 1916, n. 947. L'Ordine dei sanitarii sorveglia e difende l'esercizio professionale.

(8464) *Esercizio abusivo.* — Sig. abbonato 11855. — L'art. 8, lettera *c*) della legge sugli Ordini dei sanitarii attribuisce al Consiglio amministrativo di ciascun Ordine di reprimere in via disciplinare gli abusi e le mancanze di cui i sanitarii liberi esercenti inscritti nell'albo si rendessero colpevoli nell'esercizio professionale. Ben può, quindi, occuparsi di quanto forma oggetto del suo quesito.

(8465) *Consulto medico - Cura piena.* — Dottor M. S. da G. — Anche quando sia richiesto sempli-

cemente dalla famiglia il medico condotto a cura piena deve prestarsi gratuitamente al consulto.

(8466) *Stabilità - Periodo utile per conseguirla.* — Dott. F. S. da O. — Il periodo di interinato prestato in un Comune non può essere tenuto in conto per l'acquisto della stabilità quando il concorso si è sostenuto e si è vinto per un altro Comune.

(8467) *Riassunzione in servizio di un medico in pensione - Riduzione di organico.* — Dott. A. P. da S. M. di C. — Nulla si oppone a che un medico condotto in pensione riprenda servizio nello stesso od in altro Comune. Occorre, però, osservare che egli in tal caso potrà essere reiscritto alla Cassa di previdenza ed ottenere in seguito la valutazione del tempo totale passato in servizio, rifondendo all'Istituto le somme pagategli a titolo d'indennità o di pensione coi relativi interessi composti, rinunziando al godimento della pensione già liquidata. È permesso licenziare il medico condotto, ancorchè stabile, per riduzione di organico, previo i debiti accertamenti ed approvazioni delle autorità competenti circa la necessità della proposta riduzione. In tal caso si troverebbero in conflitto l'interesse pubblico con quello privato del sanitario, ed è naturale che quello su questo prevalga.

(8469) *Termine per esaurimento del concorso.* — Dott. P. P. da T. — Non si può dire quanto tempo dopo chiuso un concorso per nomina a medico-chirurgo se ne debba conoscere l'esito. Occorre riflettere che deve pronunziarsi in merito il Consiglio comunale, ed ognuno sa come la convocazione di tale consesso non è tanto facile, massime in questi tempi in cui, anche in quelli che sono tuttora in funzione, mancano molti consiglieri.

(8470) *Ufficiale sanitario - Concorsi.* — Dottor G. C. da P. — L'ufficiale sanitario è ineleggibile a consigliere provinciale. L'età massima per concorrere al posto di ufficiale sanitario è di 45 anni. L'esenzione da tale limite di età si accorda solo a coloro che dimostrano di avere, nel periodo fra l'andata in vigore della legge 22 dicembre 1888 e la pubblicazione del regolamento 19 luglio 1906, n. 466, esercitato, in base a nomina prefettizia e per la durata di almeno tre anni, le funzioni di ufficiale sanitario.

Il Comune può benissimo bandire il concorso per la nomina dell'ufficiale sanitario.

(8471) *Esercizio professionale all'estero.* — Dott. B. del S. da A. — Non consta che esista la facilitazione cui Ella accenna nel quesito per l'esercizio professionale negli Stati Uniti, come non consta il numero dei medici che esercitano presso quello Stato.

Doctor JUSTITIA.

All'abbonato n. 12258 da Colangianus:

Diamo le notizie sui Corsi di perfezionamento, a misura che ci pervengono, sulla rubrica «Notizie diverse».

R. B.

Al dott. M. F. da G.:

1° Dei corsi di perfezionamento che si terranno a Roma si è già dato notizia: quello per ufficiale sanitario non vi sarà.

2° Con la laurea in medicina si ha l'iscrizione al 3° anno di scienze naturali; gli esami da dare sono varî secondo le Università e le esigenze dei docenti; la frequenza ai Laboratorî è obbligatoria. Per informazioni particolareggiate si rivolga alla Segreteria dell'Università.

3° I concorsi di cui richiede sono stati pubblicati.

l. b.

Al dott. Oreste Marcucci:

Un corso di radiologia si terrà a Roma alla Scuola di Radiologia al Policlinico. Per le informazioni relative si rivolga direttamente al Direttore, prof. F. Ghilarducci.

A. P.

CONDOTTE E CONCORSI.

LUCOLI (*Aquila*). — Sono aperti i concorsi a ciascuna delle due condotte residenziali. Stipendio L. 6000. Indennità cavalcatura L. 2000. Invio documenti ed atti al R. Commissario. Scadenza 15 ottobre 1920. Servizio automobilistico Lucoli-Aquila.

PESARO. — Tre condotte piene. Scad. 14 ottobre. Età limite 45 anni. L. 8000; per le due condotte di campagna L. 1800 indenn. cavalc. e L. 200-250 per l'alloggio; dieci bienni del ventesimo. Addivenendosi alla trasformazione in condotte residenziali, lo stipendio sarà ridotto a L. 6000. Servizio entro 20 giorni.

Cercasi medico batteriologo Laboratorio vigilanza igienica di Zara. Stipendio iniziale mensile netto L. 800, più percentuale analisi. Rimborso spese di viaggio. Dirigere offerte, elencando titoli e breve riassunto carriera al Governatorato, Ufficio Affari civili, Zara (Dalmazia).

Medico-chirurgo, dieci anni pratica in condotta ed ospedale, cerca interinato a buone condizioni, preferibilmente in pianura e di lunga durata, nell'Italia centrale o alta Italia. Scrivere subito: Direttore Farmacia Massaglia, piazza S. Michele, Lucca.

Un collega offre Microscopio Zeiss 2 oculari 2 obbiettivi, 1/12 immersione, Abbé Micrometro. Rivolgersi: «Batteriologo», Villa Hungaria, Merano (Alto Adige).

PARIGI. — *Premio Redard.* — Il dott. Paolo Redard, capo del dispensario Furtadò-Heine di Parigi, autore di libri apprezzati di ortopedia e chirurgia ortopedica, morto durante la guerra a Nizza, ha donato all'Académie de Médecine di Parigi mille franchi di rendita annua, per fondare un premio d'ortopedia, che sarà assegnato ogni cinque anni (così da formare un premio quinquennale di 5000 franchi) alla migliore opera di chirurgia ortopedica pubblicata nel frattempo. Possono concorrervi i medici stranieri. Rivolgersi alla segreteria dell'Accademia.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

ORDINE DELLA CORONA D'ITALIA.

Commendatori: prof. Annibale Ghedini, Ferrara; prof. Giovanni Guicciardi, Modena; dott. Giuseppe Cioffi, Sarno; dott. Ettore Jorio, Torino.

Ufficiale: dott. Cesare Salvetat, della C. R. I.

Cavaliere: dott. Mario Canali, Tonovo Taro (Parma).

Ai professori senatore Edoardo Bassini e Luigi Lucatello, clinici di Padova, è stata conferita la Croce di guerra per i servizi prestati durante la campagna quali consulenti delle Armate mobilitate nel Veneto in località esposte all'offesa nemica.

Al dott. L. Muñoz di Madrid è stato assegnato il premio García Faria dell'Istituto d'Ingegneria Spagnuolo, per la sua opera intitolata: «Risanamento e igienizzazione della Spagna».

NOTIZIE DIVERSE.

Congresso italiano d'Idrologia, Climatologia e Terapia fisica.

Come abbiamo annunziato, dal 4 al 7 ottobre corrente è indetto in Perugia, dall'Associazione Medica Italiana d'Idrologia, Climatologia e Terapia fisica, il XII Congresso Nazionale dell'Associazione stessa.

Questo Congresso avrebbe dovuto svolgersi nel 1914, a due anni cioè di distanza dall'XI Congresso, tenutosi con tanto successo a Napoli; fu però rimandato per il sopraggiungere della grande conflagrazione mondiale. Il ritardo frapposto costituisce dunque già un primo elemento di maggiore interesse per il XII Congresso; gli altri elementi risiedono nel maggior bisogno di cure fisiche naturali che si sente nel dopo-guerra e nella più estesa possibilità di accedere a tali cure anche da parte delle classi finora considerate meno abbienti.

Al Congresso di Perugia sarà fatta una rivista dei progressi raggiunti dalle varie Stazioni e Stabilimenti idrologici e climatici italiani, e saranno trattati a preferenza argomenti pratici, inerenti anche allo sviluppo economico, dal punto di vista industriale, di tali Istituti.

Il Congresso assumerà dunque notevole importanza.

Saranno svolte le seguenti relazioni:

Marfori prof. Pio (Napoli): La composizione delle acque minerali sulfuree in rapporto alla loro azione terapeutica.

Devoto prof. Luigi (Milano): Il soggiorno invernale sulla neve in alta montagna a fine di profilassi e di cura.

Vinaj prof. G. S. (Torino): Delle indispensabili organizzazioni moderne per l'insegnamento della terapia fisica.

Melocchi prof. Fortunato (Ramiola): Le basi scientifico-pratiche della dietoterapia.

Silvestrini prof. Raffaello (Perugia): Fonti e climi dell'Umbria.

Fairman dott. Edoardo (Casciana): I Congressi di Monaco ed i loro risultati.

Gasperini prof. Gustavo e Devoto prof. Luigi: La nostra Associazione dal 1887 al 1919 - Doveri e diritti dell'Associazione - Climi e fonti d'Italia poco o punto studiati.

È fin d'ora stabilita una visita alle Terme di Chianciano.

Sono allo studio visite a stazioni balneo-climatiche dell'Umbria.

Tassa d'iscrizione L. 20; per le Signore dei Congressisti L. 10, da rimettersi al più presto al cassiere-economo dott. V. Teixeira, in Perugia, Ospedale Civile.

Sono in corso pratiche per ottenere la concessione dei ribassi ferroviari.

***

Il Comitato dell'Italia Meridionale dell'Associazione rivolge un caldo appello ai proprietari, amministratori e gestori di tutti gli Stabilimenti di cure idriatiche o climatiche, del Mezzogiorno d'Italia, perchè intervengano direttamente al Congresso, in rappresentanza dei rispettivi Istituti, ovvero deleghino allo scopo i sanitarii ivi addetti, incaricandoli, ove lo credano, di dar comunicazione di eventuali miglioramenti apportati agli impianti o di nuove installazioni che non siano ben conosciute.

Il Comitato stesso è così costituito: presidente l'on. prof. Francesco Paolo Sgobbo; segretario il dott. Emilio Di Tommasi; vice-segretario il dottor Alberto Botti.

***

La Presidenza dell'Ordine dei medici-chirurgi della Provincia di Napoli esprime il *desideratum* che gli Ordini dei medici del Mezzogiorno e continentale e insulare siano rappresentati a questo Congresso, per le seguenti ragioni:

1° I territori delle varie provincie meridionali sono ricchissimi di sorgenti di acque minerali dotate di segnalate virtù terapeutiche (parecchie non sfruttate) ed ancor più di stazioni climatiche di varia specializzazione, *per grandissima parte non sfruttate.* Occorre che la classe medica promuova lo sviluppo degli Istituti esistenti e l'impianto di nuovi.

2° Il movimento che si determina, specialmente nella stagione estiva, verso i luoghi di cure fisiche naturali, va sempre più accentuandosi, partecipandovi in larga misura anche le classi finora ritenute meno abbienti. Un contributo grandissimo vi apporterà sicuramente la nuova legge sull'assicurazione obbligatoria, in base alla quale l'Ente assicuratore dovrà provvedere anche alle cure fisiche per la enorme massa degli assicurati.

Questo movimento non potrà lasciare indifferente la classe medica, ma dovrà svolgersi sotto il suo controllo.

3° Gli Ordini dovranno intensificare la vigilanza sui rapporti tra i medici e le Amministrazioni degli stabilimenti balneari o stazioni di cura climatica, sia dal punto di vista del numero dei medici assunti, che è oggi di molto inferiore rispetto al bisogno, sia nei riguardi del trattamento fatto ai medici stessi.

La Presidenza stessa raccoglierà le adesioni e addiverrà agli accordi circa le modalità della partecipazione.

Corso di perfezionamento sulla patologia del lavoro.

Presso la Croce Rossa Italiana in Roma (via Toscana, 10) avrà luogo un corso di perfezionamento sulla patologia del lavoro. Il corso sarà tenuto dal prof. A. Ranelletti e verrà integrato da una serie di conferenze da parte delle più illustri personalità dell'ambiente medico romano: proff. R. Alessandri, V. Ascoli, S. Baglioni, A. Chiavaro, G. Cirincione, R. Della Vedova, A. Ducrey, G. Ferreri, F. Ghilarducci, G. Loriga, E. Marchiafava, G. Mingazzini, E. Pestalozza, G. Sanarelli, nonchè da parte del prof. L. Devoto di Milano.

Saranno fatte visite d'istruzione ai principali stabilimenti industriali di Roma e di altre città, con l'intervento dell'ing. Calderan, capo del Circolo di Roma dell'Ispettorato dell'Industria e del Lavoro.

Il corso avrà principio alla metà di novembre e durerà tre mesi. Coloro che lo avranno frequentato e che avranno superato una prova di esame, riceveranno un diploma di perfezionamento.

La vita a Fiume.

Da un giornale di Genova apprendiamo, sulla città-olocausto, le seguenti notizie date da un reduce, il dott. Eugenio Maria Poletti.

La popolazione ed i legionari subiscono sacrifizi inauditi: nei mesi scorsi fu sofferta la fame più cruda, tanto che gli ufficiali erano costretti a cercare nei fondi di magazzino residui di gallette ammuffite e ghiottamente divorarli, morbiditi in acqua e sale. Altre amarissime verità ha riferito il Poletti intorno ai dissensi interni e alla tragica situazione della città, che agonizza e minaccia d'incancrenire in una paralizzante desolazione. Ma essa resiste ancora in una mirabile costanza: pur fra tormenti e privazioni, sa trovare nelle ultime energie la forza geniale di creare un nuovo diritto internazionale, di istituire e mantenere scuole di tutti i gradi, corsi popolari, ecc.

Il dott. Poletti, il quale partecipò all'impresa d'annunziana di liberazione, si è reso benemerito della salute cittadina: ne fanno fede gli attestati e i tributi di lode conferitigli dal direttore della sanità di Fiume e dal sindaco; egli si è reso benemerito anche dell'insegnamento, poichè ha tenuto dei corsi di biologia all'Istituto Tecnico e di filosofia alla Scuola dei legionari; infine si è reso benemerito della politica, con scritti e con conferenze di propaganda, così da guadagnarsi molte attestazioni di stima e di affetto da parte di D'Annunzio.

Casi di peste a Fiume.

Negli ultimi tempi, come hanno pubblicato quasi tutti i giornali, si son verificati a Fiume alcuni casi di peste bubbonica.

Il nostro Governo, appena avuta cognizione del diffondersi del morbo, è intervenuto energicamente. Il medico provinciale di Trieste si è recato a Fiume per assumere la direzione di tutti i servizi sanitari. Numerosi medici specialisti sono stati inviati a Fiume e con essi una quantità enorme di medicinali, disinfettanti e apparecchi profilattici.

Sono state prese tutte le precauzioni per impedire il diffondersi della malattia; i locali dove si sono verificati dei casi sono stati disinfettati e le persone isolate. Nello stesso tempo si fanno grandi sforzi per distruggere i topi.

I casi seguiti da morte sono stati una decina.

In memoria di Angelo Celli.

In una cittadina d'Italia tutto un popolo si è radunato, come ad un rito purificatore, per rendere omaggio alla memoria di un illustre uomo di scienza. Infatti il 12 settembre enorme folla è convenuta in Cagli (Pesaro-Urbino), per assistere alla solenne inaugurazione della lapide apposta alla casa dove nacque Angelo Celli ed alla posa della prima pietra dell'erigendo monumento al grande igienista. Il dott. Augusto Maggi, che rappresentava anche il Sindaco di Roma, allo scoprimento del ricordo marmoreo, con un discorso riuscitissimo ed applaudito rievocò con felice sintesi la bella figura di uomo e di scienziato del Celli.

Durante la posa della prima pietra del monumento, il prof. Riccardo Versàri, in rappresentanza dell'Ateneo Romano, parlò del contributo considerevole recato alla scienza dall'opera del Celli; un altro oratore portò l'adesione alle onoranze dell'Istituto dei Piceni.

Infine, nel teatro di Cagli, il principe degli oratori, Innocenzo Cappa, disse una magnifica orazione per esaltare lo scienziato e per ricordare al pubblico l'importanza sociale degli studi compiuti dal Celli, che fu un vero e grande benefattore dell'umanità.

Era presente la Signora Celli; assistevano uno stuolo di medici e notabilità, tra cui il Prefetto di Urbino; aderirono molti ministri e sottosegretari e professori di Università.

Dott. ANGELINI.

In memoria del prof. Enrico Morelli.

Alla presenza dei famigliari e di intimi amici, ebbe luogo, al Cimitero di Roma, la traslazione dal loculo provvisorio alla tomba perenne, della salma del compianto fondatore del nostro *Policlinico*, comm. prof. Enrico Morelli, la cui nobile ed operosa vita di insegnante, di professionista e di giornalista venne troncata lo scorso febbraio da repentino morbo.

Ammirato sulla tomba semplice ed austera un pregevole e molto riuscito medaglione in bronzo dell'Estinto, modellato con fine arte dal noto scultore comm. Carmine Genua, presente alla cerimonia.

Fra gli intervenuti notati il cav. uff. Angiolo Ponti, in rappresentanza della vedova, il commendator Ottorino Raimondi, per la stampa, il cavalier Luigi Pozzi, per l'Amministrazione e la Redazione del *Policlinico*, il rag. cav. Quattrucci, anche per il comm. Gherardo Callegari, le famiglie Pozzi, Mosca, Olivieri, Mancini e Fiocchi.

Varî altri amici dell'estinto, fra cui il prof. Viali, il prof. Vianello, il prof. Salvatori, il commendator Norsa, il comm. Rocca, non potuti intervenire perchè assenti da Roma, si fecero rappresentare.

Onoranze al dott. Francesco Gatti.

Ricordandosi con simpatica cerimonia il Sanatorio popolare «Umberto I» a Prasomaso, i tremila malati che ebbero assistenza in quella ridente casa di cura offersero al fondatore, dott. Francesco Gatti, un'artistica medaglia ed un album con tutte le loro firme precedute da una dedica, dettata dal poeta Giovanni Bertacchi:

Pei tremila che si succedèttero — Ospiti riconoscenti — Nei primi due lustri da che sorse — Per quanti vi si seguiranno in futuro — Il Sanatorio Umberto I — Dalle pendici di Prasomaso — Saluta il suo fondatore — Gatti gr. uff. Francesco — I buoni offersero l'obolo — Le Alpi i loro aromi più puri — Egli dal tutto creò — La Casa aperta sulle valli — Dove natura madre — Auspice la scienza che crede — Rivisita invocata i suoi figli — Deponendo — Le dolci promesse della vita.

Un monumento a Lannelongue.

Si è inaugurato a Castera-Verduzan, nel Gers (Francia), un monumento alla memoria di Lannelongue, il valente cultore di chirurgia infantile, morto nel 1911. A lui dobbiamo pregevoli ricerche sulla patologia ossea, sulle osteomieliti, sulla tubercolosi ossea e articolare, sulle lesioni ossee della sifilide ereditaria (tibia di Lannelongue); introdusse il metodo sclerogeno per la cura della tubercolosi osteo-articolare.

In memoria dell'oftalmologo Brissaud.

Si è costituito un Comitato per erigere un ricordo marmoreo in onore dell'oftalmologo Brissaud, il quale fu il primo a descrivere e individuare la cataratta, aprendo così la via all'estrazione ideata ed eseguita da Daviel.

Segretario del Comitato è il prof. Ferrien, rue Pierre-Charron 41, Parigi.

Il ricordo sorgerà a Tournai, nel Belgio, patria del Brissaud.

Deficienza di medici negli Stati Uniti d'America.

Negli Stati meridionali dell'Unione Nord-Americana si lamenta una notevole deficienza di medici.

È stata aperta una sottoscrizione pubblica, che ha fruttato 12,000 dollari (ossia circa 200,000 delle nostre lire correnti), per incoraggiare le nuove iscrizioni presso la Facoltà medica dell'Università di Virginia, a Charlotteville. Le autorità accademiche hanno fatto una campagna per elevare quella somma ed hanno sottoscritto per 2400 dollari; gli studenti del 1° anno di medicina hanno sottoscritto per altri 1000 dollari.

Scuola di Odontòjatria e Protesi annessa alla Regia Università di Bologna.

Sono aperte a tutto il 5 novembre 1920 le iscrizioni alla Scuola di Odontojatria e Protesi dentale annessa alla R. Università di Bologna.

Per programmi ed informazioni rivolgersi presso la Direzione dell'Istituto Clinico per le Malattie della bocca, in via Spartaco, 63, Bologna, nei locali del quale ha sede la Scuola stessa.

Esposizione per la tutela dell'infanzia e della maternità in India.

Al principio dell'anno si è tenuta a Dehli, nell'India inglese, un'esposizione sulla tutela dell'infanzia e della maternità.

Modelli, fotografie, proiezioni, quadri, conferenze, illustrarono i mezzi più idonei per assicurare il benessere delle madri e dei bambini, per provvedere al periodo prenatale, ecc. Furono tenuti anche dei corsi sull'igiene generale, sul soccorso e sull'assistenza ai malati.

Ebbe luogo una mostra di bambini alla quale vennero presentati più di 2000 concorrenti.

L'esposizione è durata un mese e vi sono accorse migliaia di persone da tutte le regioni dell'India.

Il direttore del Manicomio provinciale di Arezzo, prof. Pieraccini, ci prega di smentire la notizia da noi pubblicata nel fascicolo 37 relativa alla chiusura di quell'Istituto e la dichiara assolutamente insussistente.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1920 - Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, *ed. resp.*

Anno XXVII Roma, 11 Ottobre 1920 Fasc. 41

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

CLINICA DELLE MALATTIE MENTALI E NERVOSE DELLA R. UNIVERSITÀ DI PARMA.

per il dott. ERNESTO PODESTÀ.

Contributo allo studio dell'audimutismo e del sordomutismo di guerra

per il dottore ERNESTO PODESTÀ.

I casi di auditismo e di sordomutismo verificatisi in conseguenza della guerra hanno dato luogo a numerosi lavori nei quali, mentre da un lato si riconosce una certa uniformità della sindrome, discordi sono invece i pareri riguardo alla natura del processo.

Isola osserva che fra le forme nevrosiche da emozione, nei soldati reduci dalla fronte, una delle più frequenti è rappresentata dai disturbi della favella (mutismo, o afonia, o balbuzie, o alalia). L'Autore si occupa essenzialmente della cura, ed ammette, senza discutere, che si tratti di una forma emotiva che egli identifica con l'isterismo. È ben noto però che l'emozione può essere la causa determinante di varie forme mentali, e non soltanto dell'iste-

rismo, quindi non si può senz'altro identificare le malattie da emozione con l'isterismo.

Il Gradenigo distingue le forme organiche dalle psichiche. Egli fonda poi la diagnosi di isterismo, nei suoi casi di mutismo, sulla presenza di anestesie gustative, di anestesie tattili della lingua, delle guancie, delle varie regioni della faccia, delle due membrane timpaniche e talora anche di altre parti del corpo. Tuttavia l'A. stesso descrive casi di afonia e di sordità psichica con sensibilità tattile normale e senza stigmate dell'isterismo. Possiamo però ricordare che alle anestesie, dopo le ricerce di Babinski, non si dà più oggi l'importanza decisiva, per la diagnosi di isterismo, che aveva al tempo di Charcot, perchè in alcuni casi sono un fenomeno provocato dalla suggestione. Senza disconoscere però che anche oggi abbiano importanza per la diagnosi di isterismo, ricordiamo che i grandi traumatismi e gli shok possono determinarle anche in forme non isteriche. Anche Dejerine afferma che le anestesie senza lesione organica non sono un sintomo patognomonico dell'isterismo e non si notano affatto in tutti gli isterici; gli epilettici e i pazzi morali possono avere dei gradi fortissimi di ipoalgesia fino a raggiungere l'analgesia. Un fatto analogo si nota talora nei dementi precoci. Gravi anestesie possono notarsi negli stati di stupore legati alle forme periodiche depressive. Nella nevrastenia possono aversi forme anestesiche, più facilmente però ipoestesie, con parestesie. Caratteristiche dell'isterismo non sono tanto le anestesie per sè stesse, quanto gli attributi particolari dell'anestesia; il sopravvenire di essa per suggestione, il potersi provocare azioni riflesse anche eccitando le zone anestesiche, la possibilità di transfert, la presenza (contemporanea o non) di iperestesie, il presentarsi in forma di emianestesia, la mancanza di rapporto col territorio di distribuzione di un dato nervo. Quest'ultimo fatto non è caratteristico dell'isterismo, perchè si ha in generale nelle forme psicogene anche se non isteriche. Dejerine distingue un primo gruppo in cui bisogna fare entrare i casi di simulazione, un secondo legato alla suggestione, ed infine un terzo gruppo nel quale i disturbi della sensibilità sembrano essere dei fenomeni emotivi residuali.

De Lisi e Bruzzone in un lavoro non mettono chiaramente in evidenza se essi ritengano o non che tutti gli afoni e i muti di guerra siano isterici, sebbene essi, avendo trovato che tutti i muti sordi e afoni funzionali sono guariti grazie ad una energica psicoterapia ed all'ambiente suggestivo, sembra intendano trattarsi di isterismo. Questi AA. poi invocano a spiegazione di alcuni loro casi « degli speciali fenomeni percettivi anormali che possono determinarsi a carico dell'orecchio » quale un assordamento o una commozione labirintica di lieve entità per la vicinanza dello scoppio di un grosso proiettile o per un bombardamento che, togliendo al soldato il controllo della propria voce, gli suggerisce l'idea di essere sordo o muto. L'esame auricolare in alcuni casi dimostrava fatti di lacerazione delle membrane timpaniche con piccoli grumi di sangue recente, o tipiche perforazioni da scoppio delle membrane timpaniche, o fatti di otite media catarrale di vecchia data. L'esame laringoscopico in alcuni individui dimostrava le corde vocali in abduzione, in altri, invitando l'individuo alla fonazione, le corde vocali non si tendevano completamente.

Roussy diagnostica tre casi di sordomutismo che ha potuto esaminare come di origine isterica, perchè in tutti e tre i pazienti esisteva una sintomatologia uniforme e perchè i disturbi scomparvero due o tre giorni dopo che l'A. ebbe loro promessa la guarigione in pochissimo tempo.

Ugualmente Babinski in due casi da lui osservati afferma che il mutismo non poteva essere che isterico perchè facilmente guarito con mezzi suggestivi, e ciò in rapporto alla sua concezione dell'isterismo.

Il De Sandro in un caso di sordomutismo da lui illustrato, asserisce che il mutismo sia da ritenersi di natura funzionale perchè ha i caratteri del mutismo psichico; non crede però di doverlo definire come isterico; la causa determinante, era lo shok emotivo, che trovò il terreno favorevole nello stato fisico e psichico di un soldato che aveva sopportato tutti i disagi della guerra e tutte le emozioni del combattimento. La sordità invece sarebbe stata di forma organica per commozione labirintica. In questo caso non si rilevarono zone isterogene, mancava una base ereditaria di neuropatia ed il paziente, neppure dopo l'accidente, presentò alcun sintomo di isterismo: la causa fu un'emozione violenta data dallo scoppio vicino di una granata. La coscienza era conservata.

Il Ferrari in dodici casi di mutismo da lui osservati e pubblicati non può precisare se esistessero fattori morbosi ereditari, causa la mancanza di precise notizie anamnestiche. Nella maggioranza dei casi il momento occasionale fu di natura commotiva, come conferma la perdita completa della coscienza; in altri casi invece il momento occasionale fu soltanto la emozione ed il continuo susseguirsi

di avvenimenti impressionanti. Mancano alterazioni unilaterali della reflettività. Questi ammalati, come osserva lo stesso A., ricordano il tipo degli isterici, da cui si distinguono per la minore suggestibilità, per la tenacia della malattia e per un complesso di segni obbiettivi che tendono a provare l'esistenza di una alterazione organica del sistema nervoso. Questo A. conclude affermando che non tutti i casi di sordomutismo bellico, considerati come espressioni di una psico-neurosi-traumatica, sono identici, perchè taluni presentano dei veri sintomi a base organica, come la paresi delle corde vocali e la loro posizione cadaverica, come le reazioni vestibolari che provocano delle vere turbe dell'equilibrio. Accanto a questi si osservano poi casi con alterazioni, sia pur transitorie, del sistema nervoso centrale, come la cefalea, le alterazioni trofiche e del sistema simpatico endocrino come la tachicardia, l'iperidrosi, soffio dolce alla punta del cuore, leggero grado di esoftalmo.

Putelli, senza descrivere casi clinici, accenna ad alcuni dati favorevoli alla diagnosi di isterismo, come la diminuzione dei riflessi congiuntivali, faringeo, laringeo, l'anestesia o la ipoestesia della membrana timpanica. L'A. però non esclude la possibilità che possa trattarsi di simulazione.

Vincenzo Bianchi distingue due categorie: una di vero mutismo isterico, l'altra in cui l'isterismo è dubbio e la guarigione è più tarda e più lenta.

D'Onghia, senza descrivere casi clinici, ritiene che nella guerra siano frequenti i casi di isterismo in genere. Questo fatto contrasterebbe con quanto avvenne durante il terremoto, dove il Neri su duemila superstiti non ha riscontrato alcuno dei fenomeni di natura isterica, tanto che il Babinski e Dagnan Bouveret conclusero che: «quando una emozione sincera, profonda, scuote l'anima umana, non c'è più posto per l'isterismo». Le manifestazioni isteriche invece fanno più le spese delle piccole emozioni e delle contrarietà della vita. Secondo il D'Onghia dunque, il terremoto, cogliendo l'individuo all'improvviso, non dà tempo al sorgere di un'altra personalità, la guerra invece mette a dura prova la resistenza dell'individuo e dà tempo alla nevrosi di svilupparsi.

Gualino, in numerosi casi di sordomutismo da lui osservati, trovò che una eredità neuropatica esisteva solo nel 37,5 % dei casi di mutismo, mentre in tutti si notò una condizione astenica acquisita di recente. In linea generale nei casi di questo A. la predisposizione antica prevale nelle forme di audimutismo, mentre l'anamnesi e l'etiologia sembrano comuni nei casi di sordomutismo. Questi ultimi si sono mostrati associati a lievi stati di confusione allucinatoria, mentre le stigmate isteroidi predominano nei casi di mutismo senza sordità. Anche per questo A. la causa dei mutismi e sordomutismi era dovuta all'esplosione vicina dei grossi proiettili di artiglieria che determinava il seppellimento del soggetto sotto le macerie (50 % dei casi), o, per il così detto *vent d'obus*, al violento abbattimento al suolo con sbalzamento lontano del soggetto, o, in tre casi, ad un prolungato bombardamento tra le strettoie di una trincea popolata di cadaveri. In due casi poi in cui la causa determinante non era rinvenibile si trattava di simulazione Nel 45,8 % vi fu perdita della coscienza subito dopo il trauma. Le caratteristiche intrinseche dei mutismi osservati da questo A. mostravano una certa identità tra di loro, tendevano cioè alla sistemazione dei fenomeni. In questi casi si notava di particolare, nei primi giorni dopo lo shok, un'esagerazione della respirazione addominale, contrastante con la piccolezza ed irregolarità della respirazione costosuperiore, un movimento assai frequente di deglutizione penosa, una iperalgesia e iperestesia della cute per cui si ha reazione al semplice avvicinamento dello stimolo senza che venga posto a contatto della cute, un tremore fine, fibrillare, a piccole scosse. In dieci, fra i più tipici casi, il reperto del liquido cefalo-rachidiano fu negativo. La sordità, quando esisteva era completa e senza fatti vestibolari. Nei casi di reintegrazione progressiva si aveva il passaggio, dal mutismo all'afonia, oppure dal mutismo alla balbuzie, mentre il ritorno terapeutico della parola con la eterizzazione era improvviso e completo. L'eterizzazione riuscì all'A. in 19 casi su 20. Nel caso in cui non riuscì, trattavasi di simulazione. Come conclusione l'A non si pronuncia sulla natura del processo, ma afferma che le stigmate isteroidi, o in generale neuropatiche, prevalgono nell'audimutismo, mentre nel sordomutismo la mancanza di predisposizione, l'associazione con stati di confusione allucinatoria sono meno favorevoli all'assegnazione della sindrome all'isterismo.

Bonola afferma che il sordomutismo e il mutismo di guerra sopravvengono quasi sempre nelle prime linee durante le azioni e molto spesso per shok con perdita di coscienza determinata dallo scoppio vicino di un proiettile di grosso calibro. In alcuni casi di mutismo e sordomutismo trovò la mancanza del riflesso faringeo, ma non anestesie del faringe. La mancanza del riflesso faringeo e l'ipoestesia del faringe sono frequenti in persone del tutto normali. Tra i casi che l'A. non descrive sin-

golarmente (9 sordomuti e 11 muti) alcuni sembra che appartengano senz'altro all'isterismo, come per es. tre che avevano presentato altre volte lo stesso fenomeno nella vita borghese, altri invece, e sono i più numerosi, presentavano, anche tra i soli muti segni di alterazioni labirintiche e l'otoiatra vi trovò lesioni atte a giustificare l'ipoacusia. In nessuno riscontrò anestesia del padiglione e del condotto uditivo esterno, anestesia ritenuta frequente nella sordità isterica. La conclusione che possiamo dunque ritrarre da questi casi del Bonola, è che la maggior parte non possa riferirsi senz'altro all'isterismo.

Il Pighini, parlando della clinica e della patogenesi delle psiconevrosi emotive, riporta alcuni casi di mutismo Per questo A. le psiconevrosi emotive, e con esse i mutismi, trovano il loro momento etiologico soltanto nella violenta emozione subita per lo scoppio vicino di una granata o per un episodio guerresco che è sempre tra i più terrificanti. Spesso, immediatamente dopo il trauma psichico, vi è perdita di coscienza però di breve durata, seguita da sordità, sordomutismo o mutismo che pare non sopravvengano immediatamente. In tutti questi soggetti la coscienza non era mai lucida, si avevano segni di alterazione delle funzioni statiche da riferirsi preferibilmente al nervo vestibolare, e nei casi più accentuati di disturbo statico, si associava una deficienza del cocleare specialmente sensibile per i suoni alti. Alcune volte nei casi di mutismo trovò una paresi delle corde vocali sostenuta da deficiente innervazione periferica. L'A. fece poi alcune ricerche per saggiare lo stato del sistema endocrino simpatico, trovando uno stato lievemente irritativo del sistema nervoso simpatico.

L'A. non esclude che molte delle forme da lui studiate di psiconeurosi traumatiche in genere, tra le quali è compreso il sordomutismo e l'audimutismo, non debbano attribuirsi a complicanze isteriche, ma nei casi con numerosi segni di autointossicazione ed alterata innervazione simpatica, l'A. propende a scartare l'isterismo. Egli ritiene che la patogenesi di queste forme sia in ogni modo molto oscura. In due osservazioni il mutismo da shok emotivo venne delineandosi successivamente ad uno stato di eccitamento psicosensoriale a carattere amenziale, e anche quando l'eccitamento emotivo era già spento e l'individuo era ritornato nella piena coscienza di sè, il mutismo ancora persisteva come sintomo residuo della sindrome primitiva. Dal complesso del lavoro risulterebbe quindi il diretto rapporto tra il sordo e l'audimutismo e i terrificanti episodi guerreschi con azione emotiva o commotiva; l'inizio con stati di eccitamento stuporosi e la presenza di segni di autointossicazione e di alterata innervazione. Parlano per una disfunzione del sistema autonomo le anestesie faringee e laringee, la paresi delle corde vocali, la tachicardia, gli stati asmaticiformi, i vomiti, l'assenza o l'inversione del riflesso oculo-cardiaco, le anurie e le disurie. A carico del simpatico starebbero gli eretismi vascolari, il dermografismo, l'iperidrosi, l'impulso epigastrico dell'aorta. Altri segni fanno parte della patologia endocrina, come i sintomi del Basedow (tachicardia, astenia, ipertermia, ipereccitabilità psichica) l'eritromelalgia e il tremore.

Wyroubow afferma che la sordità sopravviene immediatamente dopo il trauma, il mutismo il più delle volte, ma non sempre, sopravviene al momento dell'assordamento, altre volte l'assordato non potendo intendere la propria voce, nè quella degli altri, cessa completamente di parlare. L'A. non esprime opinione sulla natura dell'affezione.

Lattes e Goria facendo delle considerazioni sulle psiconeurosi di origine bellica, espongono alcuni dati su queste affezioni, fra le quali mettono in evidenza anche la sordità e il mutismo. In tutti questi casi vi è stata perdita di coscienza immediatamente dopo lo shok, dovuto ad una impressione terrifica, (come lo scoppio vicino di un grosso proiettile d'artiglieria, la caduta improvvisa sopra un cadavere) in individui le cui condizioni organiche nel momento dello shok erano alterate dallo stato di esaurimento fisico e psichico determinato dalla vita della trincea e dalle vicende guerresche. Secondo questi AA. nei loro casi manca l'eredità neuropatica, il mutismo può scomparire improvvisamente o gradatamente in pochissimo tempo, oppure può persistere ostinatamente per lunghi mesi resistendo all'invio in licenza, alla narcosi, all'elettroterapia, alla psicoterapia. Così pure la sordità o la ipoacusia, sono in alcuni casi resistenti alle cure, in altri si dileguano spontaneamente in un tempo relativamente breve. Negativi furono sempr gli esami auricolari e della laringe. Alcuni casi presentano un quadro che non si distingue dalla nevrastenia e dalla psicastenia, in altri si ha una vera psicosi lipemaniaca. Frequenti le ipoestesie, anestesie e analgesie cutanee, irregolarmente distribuite, mentre è conservata la sensibilità profonda. Riferendosi in genere alle forme di psiconeurosi, gli AA. credono che esse appartengano a due tipi: quelle direttamente dipendenti da shok emozionale, nelle quali manca la predisposizione, e allora si ha una sindrome confusionale e guarigione completa; e quelle in cui alla produzione della

sindrome concorre la congenita anormalità individuale e in cui l'emozione traumatica determina essenzialmente tenaci disturbi sensitivo-motori.

Grasset traendo delle conclusioni da 17 casi di sordomutismo bellico, nota che il disturbo è sempre avvenuto per il così detto *vent d'obus* con immediata perdita di coscienza e sordità immediata per scossa labirintica, indi fenomeni nervosi che tendono a prolungare indefinitamente i fenomeni primitivi. In seguito poi ad una emozione o ad una suggestione, bruscamente riappare, in un certo numero di casi, l'udito per primo. Ciò che caratterizza questi fenomeni di sordità è il controllo perfetto che il paziente ha della propria voce, e l'imparare a leggere rapidissimamente le parole sulle labbra. Questo A. dividendo poi le psiconevrosi di guerra in tre gruppi, trova che il tipo completo del gruppo delle psiconevrosi sensorio-motrici è il sordomutismo che per svilupparsi ha bisogno di una violenta commozione morale e fisica, ad es., uno scoppio di granata che lanci lontano il soggetto con perdita di coscienza. L'A., sebbene convenga che, in tempi ordinari, nell'istero-traumatismo classico il fattore principale debba considerarsi il terreno predisponente, mentre che il traumatismo in sè lo si deve considerare come un fattore etiologico secondario, tuttavia in neurologia di guerra non è così, perchè i traumatismi di guerra si producono in condizioni di grande drammaticità toccando organismi già sopraffaticati moralmente e fisicamente, così che la resistenza allo shok nervoso è diminuita.

In un caso di mutismo del Guillain, la causa del disturbo era stata lo scoppio vicino di grossi proiettili. Subito vi fu perdita di coscienza e dopo due giorni mutismo completo con immobilità della lingua, anestesia buccolinguale e mancanza del riflesso faringeo. L'A. dice che la guarigione fu rapida e sicura sotto l'influenza della psicoterapia, il che però non dimostra senza altro che si trattasse di isterismo, perchè la psicoterapia, che non coincide colla suggestione, può giovare in qualunque forma di natura psicogena.

Roussy e Boisseau in venti casi di sordomutismo, in dieci sordi e tre muti osservano che gli ammalati si presentavano ora con un aspetto che esprimeva il terrore e che ricordava la confusione mentale, ora con una faccia impassibile, ebete. L'esame auricolare praticato in 16 casi di sordità ha rilevato solo in 11 casi la presenza di piccole lesioni quasi sempre antiche. Gli AA. non avendo trovato perturbazione del sistema nervoso centrale, disturbi dei riflessi, e nessuna modificazione chimica e citologica del liquido cefalo-rachidiano, vorrebbero includere questi disturbi dell'udito e della parola nella categoria dell'istero-traumatismo, anche perchè la guarigione dei loro casi è stata immediata, rapida, e perchè i disturbi sparirono con la persuasione.

Seppilli nota che per il vicino scoppio di una granata si possono osservare casi di sordomutismo che riproducano il quadro classico e isolato dell'afasia motrice di Broca. L'A. vorrebbe far rientrare questa forma, dal punto di vista patogenetico, nelle così dette paralisi psichiche, o da imaginazione, volendoli considerare espressione di una paralisi funzionale del centro del linguaggio, il quale, avendo risentito le conseguenze del trauma psichico, determinato dallo scoppio di un grosso proiettile, resterebbe paralizzato nella sua funzione. L'A. vorrebbe così, in questi casi, considerare il centro di Broca come un *locus minoris resistentiae*, ritenendo che i soggetti affetti da mutismo hanno una costituzione cerebrale facile a squilibrarsi e spesso presentano note isteriche, quali diminuzione parziale o totale della sensibilità generale e specifica e senso di stringimento alla gola. L'A. però fa notare che in questi casi, bisogna tenere in grandissimo conto la predisposizione. In quanto alla natura delle lesioni è d'opinione che sia funzionale e non organica, perchè i malati guariscono improvvisamente o in breve tempo con un opportuno trattamento psicoterapico.

Français avendo avuto occasione di osservare casi di sordomutismo bellico, nota che, scartata la simulazione, una gran parte dei guarisce rapidamente, o dopo una seduta elettrica, o dopo qualche seduta di rieducazione vocale. La sordità si è mostrata molto più tenace in confronto al mutismo, perchè furono messe in evidenza lesioni dell'orecchio. Il più sovente la sordità sembra essere l'elemento principale organico, e questa porta con sè il mutismo, disturbo funzionale.

Il Bilancioni in un suo interessantissimo lavoro trae la conclusione che «non tutti gli afoni e muti di guerra siano degli isterici». L'A. trae questa conclusione dall'esame accurato e metodico di numerosissimi casi di mutismo da lui osservati, dal loro esame clinico, dal loro decorso, e dal loro comportarsi diversamente di fronte ai vari mezzi terapeutici adoperati. L'A. vorrebbe far rientrare il disturbo laringeo nel quadro di turbe endocrino-simpatiche.

Riassumendo questi dati della letteratura, gli AA. possono essere distinti in due categorie: quelli che senz'altro ammettono la natura iste-

rica dell'audisordomutismo, e quelli che, o la negano, o sostengono che non tutti i casi appartengono all'isterismo. Così:

Isola ammette senza discussione che si tratti di una forma emotiva che egli identifica con l'isterismo;

Gradenigo crede in un sordomutismo di natura isterica per la presenza di disturbi sensitivi sensoriali e di zone isteriche;

De Lisi e Bruzzone, pur non precisandone la natura isterica, affermano che tutti i casi di sordomutismo da loro osservati erano suscettibili di guarigione con la psicoterapia;

Roussy in tre casi da lui esaminati, crede il sordomutismo di natura isterica perchè esisteva una sintomatologia uniforme e la guarigione avvenne rapida con la psicoterapia;

Babinski in due casi esaminati osserva che il mutismo dei suoi pazienti non poteva essere che isterico perchè guarito con mezzi suggestivi;

Putelli sarebbe favorevole alla diagnosi di isterismo per la mancanza dei riflessi congiuntivale, faringeo, laringeo, e per l'anestesia e ipoestesia delle membrane timpaniche. Però non esclude la possibilità che si tratti di simulazione;

Grasset afferma che in un certo numero di casi l'udito e la parola riappaiono dopo una suggestione od una emozione violenta;

Guillain in un caso osserva che la guarigione fu rapida e sicura sotto l'influenza della psicoterapia;

Roussy e Boisseau vorrebbero includere i casi da loro osservati nella categoria dell'isterotraumatismo perchè non riscontrarono alcuna modificazione chimica o citologica del liquido cefalo rachidiano e perchè nei loro casi la guarigione è stata rapida e i disturbi guarirono con la persuasione;

De Sandro in un caso da lui osservato crede il mutismo di natura funzionale e la sordità di natura organica per commozione labirintica;

Ferrari afferma che non tutti i casi di sordomutismo di guerra sono identici, taluni presentano veri sintomi a base organica, altri alterazioni del sistema nervoso centrale e del sistema endocrino simpatico;

Vincenzo Bianchi distingue due categorie, una di vero isterismo, l'altra in cui l'isterismo è dubbio;

Gualino non vorrebbe assegnare il sordomutismo bellico all'isterismo, avendo notato nei soggetti mancanza di predisposizione e l'associazione del disturbo con stati di confusione allucinatoria;

Bonola ammette che la maggioranza dei casi di sordomutismo da lui osservati non debba ritenersi di natura isterica;

Pighini non esclude che taluni casi debbano attribuirsi all'isterismo; altri casi invece bisognerebbe porli in relazione con numerosi segni ch'egli ha riscontrato, di intossicazione e alterata innervazione simpatica;

Lattes e Goria ammettono che il sordomutismo in qualche caso sia di natura isterica, in altri no, e allora presenta un quadro che non si distingue ora dalla nevrastenia, e dalla psicastenia, ed ora da una vera psicosi lipemaniaca;

Seppilli considererebbe il sordomutismo bellico di natura funzionale, e vorrebbe far rientrare questa forma nelle così dette paralisi psichiche o da immaginazione;

Français sarebbe dell'opinione che la sordità sembra essere l'elemento principale organico e che questa porta con sè il mutismo, disturbo funzionale;

Il Bilancioni vorrebbe considerare il mutismo come appartenente al quadro di turbe endocrino-simpatiche;

Seppilli ammonisce che bisogna tenere in gran conto la predisposizione;

Per Grasset invece il fattore predisponente dovrebbe passare in seconda linea, perchè avvenendo i traumatismi in condizioni di grande drammaticità, toccherebbero organismi ormai meno resistenti allo shok. In generale tutti gli AA. tengono in conto la predisposizione come di un fatto etiologico importante, però non sempre potè essere messa in evidenza, come non potè sempre dimostrarsi che anche prima dello sviluppo del sordomutismo, i colpiti fossero psichicamente anormali.

Tutti gli AA. danno una grande importanza come fattore causale, all'esplosione vicina di grossi proiettili di artiglieria. Il Ferrari trovò perdita immediata di coscienza dopo lo shok, e così il Gradenigo, il Gualino nel 45, 8 % dei suoi casi, il Bonola; il Pighini nella maggior parte dei casi da lui osservati, Lattes e Goria, Grasset, Guillain, De Lisi e Bruzzone.

Il Gualino trovò una sistematizzazione dei fenomeni morbosi, e così Roussy.

Alcuni AA. trovarono nei casi da loro studiati, disturbi labirintici o lesioni obbiettive dell'orecchio medio, così nel caso di sordità di De Sandro vi era commozione labirintica, nei casi di De Lisi e Bruzzone lacerazione delle membrane timpaniche, fatti di antica otite media catarrale e di commozione labirintica, in quelli di Français lesioni dell'orecchio, in quelli di Ferrari reazioni vestibolari che provocavano vere turbe dell'equilibrio, in quelli di Bo-

nola segni di alterazioni labirintiche e lesioni dell'orecchio atte a giustificare l'ipoacusia, in quelli di Pighini segni di alterata funzione statica da riferirsi preferibilmente al nervo vestibolare, e nei casi più accentuati di disturbo statico vi si associava deficienza del cocleare, in quello di Grasset la sordità del paziente era dovuta a scossa labirintica, in quelli di Roussy e Boisseau si avevano piccole lesioni auricolari quasi sempre antiche.

Molti AA. trovarono altre lesioni organiche oltre ai disturbi dell'udito e della parola. Così Ferrari osservò cefalea, alterazioni trofiche, tachicardia, iperidrosi, soffio dolce alla punta del cuore, leggero grado di esoftalmo, il Gualino un'esagerata respirazione addominale che contrastava con la irregolarità e piccolezza della respirazione costo-superiore, una frequente e penosa deglutizione, una iperalgesia e iperestesia della cute, un tremore fibrillare; il Pighini uno stato lievemente irritativo del sistema nervoso simpatico, numerosi segni di autointossicazione ed alterata innervazione simpatica, tachicardia, stati asmaticiformi, vomiti, assenza o inversione del riflesso oculo cardiaco, anurie, disurie, eretismi vascolari, dermografismo, iperidrosi, impulso epigastrico dell'aorta, sintomi del Basedow, tremore, eritromelalgia.

Alcuni AA. trovarono sintomi di confusione mentale, così Gualino notò lievi stati di confusione allucinatoria nel sordomutismo; in quasi tutti i casi studiati dal Pighini la coscienza non era mai lucida e in un caso il mutismo si delineò successivamente ad uno stato di eccitazione psico-sensoriale a carattere amenziale. Roussy e Bosseau nei loro ammalati notarono un aspetto che esprimeva il terrore e che ricordava la confusione mentale.

Per alcuni AA. poi sembra che il rapporto con l'isterismo sia più spiccato nell'audimutismo che nel sordomutismo. Così Gualino osserva nei suoi casi che la predisposizione era prevalente nell'audimutismo, mentre nel sordomutismo l'anamnesi era immune.

Dallo studio della letteratura non è quindi agevole orientarsi intorno alla natura isterica o meno della sindrome in esame. Sembrami che la ragione fondamentale di questa discordanza di pareri stia nel fatto che ogni A. ha un suo concetto particolare dell'isterismo, così che alcuni fanno rientrare, ed altri no, una stessa sindrome nel suo campo. Mi dilungherei troppo se volessi esporre tutte le dottrine dei singoli AA. sull'isterismo, dal concetto di Strumpell di considerarlo come una psicosi nel senso più ampio della parola, a quello di Kraepelin che lo ritiene «come una malattia i cui cambiamenti patologici somatici sono provocati da rappresentazioni fortemente sentimentali o da sentimenti» fino a quello di Bernheim e di Babinski, che riducono la causa dei fenomeni dell'isterismo alla suggestione. A ragione quindi il Babinski sostenne che al neurologo è necessario definire l'isterismo come al naturalista la specie, salvo che all'isterismo mancano gli attributi singolarmente costanti che ha invece la specie. Del resto il Babinski non ci dà una vera definizione dell'isterismo, ma solo un carattere non assolutamente costante e tipico. Ricorderò che il Roncoroni riassume i caratteri sui quali si basa il meccanismo intimo dei fatti isterici, ed essenzialmente, oltre alla natura psicogena di essi, ed alla mancanza di base anatomo-patologica, anche la mancanza di tendenza alla sistematizzazione dei fenomeni, la presenza di sintomi di iperfunzione di alcuni centri e deficienza in altri, e il restringimento dei campi sensoriali ed ideativi. Tuttavia certo soltanto quando tutti i neurologi potessero accordarsi in una concezione unica dell'isterismo, la possibilità di un accordo nel considerare una data sindrome come isterica o no, verrebbe grandemente agevolata.

Riferirò prima di discutere l'argomento, alcuni casi clinici studiati in questa clinica delle malattie nervose e mentali.

Osservazione I.

S... B..., reggimento Granatieri della classe 1890. Proviene dal fronte di guerra; entra all'ospedale militare il 16 giugno. Consta, dalle informazioni riferite dal fratello, che anni fa tentò il suicidio. Presenta stupore con mutismo e lieve sordità. Comprende perfettamente quanto gli si dice. Funzioni di nutrizione, di respirazione e digestive, normali. Non presenta alterazioni psichiche. Il sonno è normale. Presenta un tic ai muscoli del lato sinistro della faccia. Riflessi rotulei e pupillari normali. Negativo l'esame auricolare. Il polso varia da 58 a 60 puls. al minuto. Temperatura ascellare 36.5. Chiestogli dove si trovava al fronte, segna nella carta geografica Monfalcone. Chiestogli a quanti combattimenti aveva preso parte, risponde per iscritto. Non ricorda che quello di Monfalcone. Per iscritto indica il Comune dove abita e l'indirizzo. Riconosce il ritratto della moglie. Il 23 giugno incomincia a rispondere alle domande a monosillabi. Il primo luglio l'ipoacusia permane. Il tic alla guancia sinistra è quasi scomparso. Non si rilevano anestesie della guancia e della mucosa boccale. Al 1° agosto risponde alle domande quantunque scarsamente. Il tono emotivo è molto depresso. Viene inviato in licenza di convalescenza.

Osservazione II.

S... U..., di Milano, aiutante infermiere della Croce Rossa, entra all'ospedale militare il 16 luglio. Proviene dal fronte di guerra. Non pre-

senta ipoacusia, nè disturbi della sensibilità. Presenta mutismo con un certo grado di stupore. Il mutismo non è completo. Chiestogli come si chiama, risponde: «Io?». Chiestogli del padre risponde più volte: «papà». Funzioni degli organi toracici e addominali normali. Riflessi rotulei e pupillari normali. Comprende tutto quello che gli si chiede, e risponde per iscritto. Non ricorda quando e come il mutismo incominciò. Ricorda la sua partenza per la guerra fino al 9 giugno 1915, ma non più in là. Se ne sta completamente inerte. Notasi un certo grado di rigidità muscolare. Polso 96 al minuto. Il 24 giugno incomincia a rispondere alle domande. Fu inviato in licenza di convalescenza il 27 giugno.

Osservazione III.

S... V..., entra all'ospedale militare il 21 giugno. Proviene dal fronte di guerra. Presenta mutismo con sordità e stupore. Esame auricolare negativo. Riflessi profondi e cutanei e sensibilità normali; così pure le funzioni degli organi toracici e addominali. Il polso oscilla da 49 a 68 pulsazioni al minuto. I fenomeni stuporosi e l'acusia diminuiscono verso il 28 giugno. Il primo luglio incomincia a rispondere qualche parola e viene inviato a casa in licenza di convalescenza.

Osservazione IV.

Z..., entra all'ospedale militare il 21 giugno. Presenta mutismo e stupore. Normali le funzioni, degli organi addominali e toracici, i riflessi profondi e superficiali, la sensibilità della cute, e delle mucose. Vivi però i riflessi rotulei, addominali e cremasterici. Tiene sempre l'occhio fisso verso lo stesso punto senza spostare l'asse dei bulbi oculari. Il sonno è regolare. Temperatura ascellare 36.2; polso da 46 a 54 pulsazioni al minuto. Presenta fenomeni di automatismo del capo. Movimenti ritmici di diniego e di approvazione. Movimenti ritmici di torsione del tronco. Presenta un certo grado di rigidità degli arti inferiori. Notasi ipoacusia. Non comprende le domande. Esame auricolare negativo. Il 25 giugno cessano gli automatismi, diminuisce la sordità. Comincia a comprendere le domande alle quali risponde per iscritto. Al primo luglio incomincia a parlare. Dice che ha amnesia completa di quello che è avvenuto dopo il 13 giugno. Incominca a ricordare qualche cosa dal 27 giugno dello stesso anno. Era chauffeur, non combatteva, raccoglieva i feriti. Rimase impressionato nel vedere i morti e i feriti. Dice che a 16 anni, in seguito a uno spavento, avendo veduto a mezzanotte una persona vestita di bianco, come fantasma, rimase tre giorni senza parlare.

In due di questi casi sembra evidente la predisposizione alle malattie mentali. Il disturbo mentale può sopravvenire anche in soldati che non prendono parte ai combattimenti sempre però sotto l'influenza di violente impressioni morali. Un caso aveva fenomeni di automutismo motore. Due di ipertonia muscolare. In due casi notavasi talora bradicardia. Dal punto di vista psichico non si aveva soltanto mutismo, ma un arresto di tutte le funzioni motrici. Gli ammalati se ne stavano nei primi giorni immobili, incapaci di reagire agli stimoli esteriori, di manifestare una attività spontanea. Si nutrivano però regolarmente. Il sonno non era disturbato. Gli ammalati riacquistavano la possibilità di scrivere prima di poter parlare liberamente. La durata totale del processo, dall'inizio alla guarigione oscilla da circa 20 giorni ad un mese. In quasi tutti notavasi ipoacusia fino alla sordità con esame auricolare negativo. Essa può essere quindi attribuita ad un disturbo di percezione dell'orecchio interno che in pochi giorni scompariva, e non si riferiva alla sola parola, ma anche ai rumori.

In tutti notavasi amnesia anterograda.

Dall'esame dei casi nostri e della letteratura ci è risultato:

1° Mentre l'isterismo è una malattia a base essenzialmente ereditaria, non è dimostrato che tutti i casi studiati abbiano una base ereditaria;

2° Nell'isterismo anche prima dello sviluppo degli accessi suole manifestarsi un carattere anomalo. Ora non è dimostrato che tutti i casi di sordomutismo appartenessero a soggetti psichicamente anomali in questo senso;

3° Gli accessi isterici si manifestano anche indipendentemente da cause morbose esterne provocatrici gravi che possono del tutto mancare almeno in apparenza, mentre le cause più comuni sono la suggestione, i dispiaceri, ecc.

Nel caso del sordomutismo abbiamo invece una delle cause morbose esogene più imponenti che si possano immaginare, un'emozione violenta, in condizioni di tragicità, di attesa ansiosa ecc., quale nella vita normale non si presenta. Sulla presenza di questo momento etiologico eccezionale, si può dire che tutti gli AA. sono concordi;

4° Gli accessi isterici sogliono ripetersi indipendentemente da cause morbose gravi, esogene. Qui non risulta che in un gran numero di casi, nè prima nè dopo, si siano avuti altri accessi. Nella grande maggioranza dei casi si tratta di un accesso unico direttamente in rapporto con il violento trauma psichico che aveva ripercussione sull'intero organismo somatico e poteva giungere sino alla commozione cerebrale;

5° Nell'isterismo non vi è tendenza alla sistematizzazione dei fenomeni, così che non solo ogni ammalato presenta manifestazioni sue proprie differenti da quelle degli altri, ma nello stesso ammalato ciascun accesso può essere differente dagli altri in modo notevole e le

sindromi essere prevalentemente motrici con fatti di eccitamento, altre volte con fatti di paralisi, altre volte prevalere i fenomeni di alterata sensibilità, altre volte i fatti organici, altre volte i disturbi psichici e sopratutto della coscienza. Nel caso del sordomutismo invece manifestatosi in campi di battaglia di nazioni diverse a distanza di migliaia di chilometri, si ha tendenza alla *sistematizzazione* dei fenomeni, per cui le sindromi sono affatto paragonabili fra di loro, calcate quasi su di una falsariga, per quanto esistano differenze individuali. Anche su questo punto alcuni autori sono d'accordo;

6° Nell'isterismo la presenza del restringimento dei campi sensoriali e ideativi, determina, oltre ad altri fatti, anche turbe della coscienza che se non raggiungono per solito i gradi dell'epilessia, la offuscano però per tutta la durata dell'accesso in modo notevole, tanto che si può parlare di una vera coscienza crepuscolare. In questi casi invece, se si escludono i primi periodi dell'accesso, nei casi in cui era esistita commozione cerebrale, la coscienza è conservata completamente;

7° Non consta che nella grande maggioranza dei casi, all'infuori dell'alterata funzione uditiva e verbo motrice, esistano fatti contemporanei di iperfunzione e di paralisi di altre attività del sistema nervoso, per quanto in un certo numero di casi si possano trovare altri fenomeni di eccitamento ed anche di deficienza, spiegabili con il fatto che tutta la funzionalità del sistema nervoso è disturbata:

8° Molti AA. insistono sulla presenza di lesioni organiche, come lesioni labirintiche, alterata respirazione, segni di autointossicazione da disturbata innervazione simpatica, ecc., che male si accordano con la diagnosi di isterismo.

Senza negare quindi che nei casi di sordomutismo vi siano dei punti di contatto con l'isterismo, cosa che si comprende trattandosi di forme psicogene e che anzi alcuni casi appartengano senz'altro all'isterismo, le differenze tra essi e l'isterismo appaiono in un gruppo di casi abbastanza numerose e sostanziali perchè non si possa accogliere senza riserva l'attribuzione della sindrome, in quei casi, all'isterismo.

BIBLIOGRAFIA.

ISOLA. *Sul trattamento razionale del mutismo e sordomutismo isterico.* « Quad. Psich. », n. 9-10, 1917.

GRADENIGO. *Mutismo, afonia, sordità nei militari, ecc.* « Riv. di Pat. nerv. e ment. », fascicolo 3, anno 1917.

2

DE-LISI e BRUZZONE. *Sulla cura della sordità, della afonia, del mutismo di guerra,* ecc. « Folia medica », n. 5-6, anno 1919.

ROUSSY. *Surdi-mutité par éclatement d'obus chez trois zouaves compagnons d'armes.* « Rev. neur. », n. 17-18, anno 1915.

DE SANDRO. *Il mutismo funzionale da scoppio di granata e quello degli isterici.* « Riv. di Patol. nerv. e ment. », fasc. I, anno 1917.

DEJERINE. *Les manifestations fonctionnelles des Psiconevroses.* Masson, Paris.

FERRARI M. E. *Il mutismo nelle psiconeurosi di guerra.* « Riv. Ital. di neuropat. Psich. Elettrol. », fasc. 7, anno 1918.

BIANCHI. V. *Le nevrosi nell'esercito in rapporto alla guerra.* « Annali di nevrologia », fasc. I, anno XXXIV.

D'ONGHIA F. *L'isterismo emotivo.* « Ann. di nevrologia », fasc. III, anno XXIV.

PUTELLI. *Sordità, mutità e sordomutità isterotraumatiche.* « Arch. Ital. di Otol. Rinol. e Laring. », fasc. I, anno 1917.

GUALINO L. *Ancora dei mutismi bellici.* « Quad. di Psich. », n. 11-12, anno 1917.

BONOLA F. *I disturbi psiconervosi dei combattenti.* Ibidem, n. 7-8, anno 1917.

PIGHINI. *Contributo alla clinica e patogenesi delle « psiconeurosi emotive » osservate al fronte.* « Riv. sperim. di Freniatria », fascicolo II, vol. XLII.

WYROUBOW. *Les altérations de la voix et de la parole dans la psicose ou psyconévrose par contusion.* « Rev. Neur. », n. 11-12, anno 1916.

LATTES e GORIA. *Alcune considerazioni attorno alle psiconeurosi d'origine bellica.* « Arch. di antrop. criminale, psich. », fasc. 2-3, anno 1917.

GRASSET. *Surdimutités commotionelles.* « Rev. Neur. », n. 23-24, anno 1915.

GRASSET. *Les psyconévroses de guerre.* Ibidem, n. 17-18, anno 1915.

GUILLAIN *Sur un cas de mutisme consécutif à l'éclatement d'un projectile.* Ibidem, n. 23-24, anno 1915.

ROUSSY e BOISSEAU. *Les « sinistroses de guerre ». Accidentes nerveux par éclatement d'obus à distance.* Ibidem.

ROUSSY e BOISSEAU. *Discussion.* Ibidem, n. 4-5, anno 1916.

SEPPILLI. *I disturbi mentali nei militari in rapporto alla guerra.* « Riv. ital. di neur. psich. e elettr. », fasc. 4, anno 1917.

FRANÇAIS. *Surdimutité.* « Rev. Neur. », n. 11-12, anno 1916.

BILANCIONI. *Per una nuova classificazione patogenetica dei disturbi motori della laringe osservati in guerra.* « Atti della clinica otorinolaring. della R. U. di Roma », anno 1917.

RONCORONI L. *Introduzione alla clinica delle malattie mentali e nervose.* Torino. Unione Tipografica, 1911.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

ISTITUTO DI PATOLOGIA CHIRURGICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI PAVIA.
(Direttore prof. G. PEREZ).

Sindrome emorragica (porpora) consecutiva a medicazione con garza iodoformica.

Dott. G. APERLO, assistente e docente.

Mi sembra degno di menzione il seguente caso di intossicazione iodica con nefrite acuta e sindrome emorragica, occorso in questo Istituto nel 1915. Il caso clinico mi sembra di un certo interesse oltre che per non costituire una evenienza comune fra i pazienti dei reparti chirurgici, anche perchè stimo che con esso si possa portare un qualche contributo al capitolo riguardante le sindrómi emorragiche ritenute dalla maggior parte degli autori di natura quasi sempre esclusivamente infettiva.

Interessandoci il caso clinico in parola non per l'affezione per cui la paziente entrò nel nostro Istituto (morbo di Pott), ma per le complicazioni avvenute (nefrite, sindrome emorragica) in seguito ad un piccolo intervento operativo (incisione, raschiamento, cauterizzazione di un canale fistoloso residuato ad incisione di ascesso freddo ossifluente eseguita dal medico condotto), riferirò in succinto i dati anamnestici riguardanti l'affezione primitiva, riservandomi di diffondermi invece su quella secondaria e dipendente dalla terapia seguita (medicazione della ferita chirurgica con garza iodoformica).

STORIA CLINICA. — Omodeo-Zorini Maria, di anni 3, da Parona (Mortara), entra nell'Istituto di Patologia Chirurgica, il 13 febbraio 1915, essendo affetta da spondilite tubercolare delle ultime vertebre dorsali, con ascesso freddo ossifluente fistolizzato alla regione lombare destra.

Anamnesi ereditaria negativa anche per ciò che riguarda la tubercolosi.

Nell'*anamnesi remota* nulla di notevole se si eccettuano i comuni esantemi dell'infanzia.

Dall'*anamnesi prossima* risulta che i parenti notarono la tumefazione della regione mediana dorsale circa un anno prima. La bambina, lamentandosi quando doveva chinarsi, fu condotta dal medico il quale diagnosticò un ascesso freddo che svuotò facendo una piccola incisione in corrispondenza della regione lombare destra, subito sotto l'arco costale, sulla linea emiscapolare. Da allora la ferita chirurgica non si chiuse più, continuando a fluire da essa un liquido siero-purulento, e la bambina continuò a lamentarsi ogni volta che doveva flettere la colonna vertebrale od iperestenderla, onde camminava un po' curva.

Di qui la decisione dei parenti, anche dietro consiglio medico, di ricoverare la bambina in ospedale.

Stato presente. — Bambina gracile; organi toracici e addominali normali. Urine normali; all'esame del sangue: globuli rossi 3200000; globuli bianchi 7.400. Nella posizione eretta la bambina sta col corpo flesso leggermente in avanti; se si tenta di estendere la colonna vertebrale la bambina reagisce e piange: lo stesso avviene se si cerca di far flettere la colonna.

Nella regione dorsale della colonna vertebrale si osserva un gibbo a carico della 9ª, 10ª e 11ª vertebra ed il cui vertice è rappresentato dall'apofisi spinosa della 10ª.

Nella regione lombare destra, subito sotto l'arco costale e sulla linea emiscapolare, si nota una lesione di continuo con i caratteri della ferita chirurgica non però recente, della lunghezza di circa 1 cent. e secernente di continuo un liquido siero-purulento che essiccandosi si deposita in croste giallastre attorno ad essa. Il fondo è imbutiforme e si continua al centro con un canale fistoloso; i margini sono estroflessi, violacei, ricoperti di granulazioni congeste, non facilmente sanguinanti e di consistenza molle gelatinosa.

Alla specillazione, penetrando nel canale fistoloso, si segue un decorso dall'esterno all'interno, dal basso in alto e si arriva sulla lamina vertebrale della 10ª vertebre dorsale.

La mano, mediante lo specillo, avverte la sensazione caratteristica della carie ossea; la specillazione a livello della superficie ossea scoperta è molto dolente.

In attesa di detergere un po' il tragitto fistoloso che viene lavato tutti i giorni con debolissima soluzione fenica (0,25%) si pratica giornalmente ai glutei una iniezione di soluzione iodo-iodurata alla Durante (iodio centgr. 1; ioduro di potassio centgr. 2; acqua distillata gr. 1) mentre si somministra per bocca dell'olio di fegato di merluzzo. Dopo circa un mese di questo trattamento, il 17 marzo, previa cloro-narcosi, si procede ad un atto operativo consistente nell'incisione del seno fistoloso, raschiamento della lamina vertebrale cariata, cauterizzazione della ferita e tamponamento di essa con garza iodoformica.

Decorso post-operativo normale fino al 23 marzo, giorno in cui si fa la prima medicazione ricambiando gli zaffi dopo toilette della ferita.

Il 24 marzo la temperatura inguinale, fino allora oscillante fra i 36°,8 ed i 37°,2, sale a 38°; compaiono edemi alle palpebre ed ai malleoli; le urine si fanno scarse e contengono albumina (0.40 per mille); indacanuria e cilinduria.

Si pensa subito ad una nefrite tossica da iodoformio, si tolgono immediatamente gli zaffi di garza iodoformica e si sostituiscono con altri di garza semplice sterile; si ordina la dieta lattea.

Nei giorni 25, 26 e 27 marzo le condizioni renali vanno lentamente ma progressivamente migliorando: le urine si fanno più abbondanti, l'albumina diminuisce, i cilindri diventano rarissimi. Gli edemi tendono a scomparire; la temperatura scende fino a 36°,8; la sera del 27 essa risale però a 38° e sulla faccia esterna delle braccia e delle cosce compaiono delle piccole chiazze rosse, della grossezza della testa di uno spillo. Queste macchie circolari non scompaiono alla pressione digitale e non si elevano sulla superficie cutanea: esse non hanno alcun rap-

porto con i follicoli dei peli. La bambina è pallida e svogliata.

Nei giorni seguenti le chiazze vanno facendosi più numerose con tendenza a confluire nelle parti suddette degli arti, mentre altre nuove ne compaiono sulle guance, sulla faccia interna degli arti inferiori e superiori ed in specie nelle regioni cubitali e malleolari, sui lati del torace e sulla faccia esterna delle grandi labbra. Compare sangue nelle feci mentre è assente nelle urine che continuano a presentare invece tracce minime di albumina e qualche cilindro granuloso. Le mucose visibili sono normali. *Esame del sangue*: globuli rossi 2,800,000; globuli bianchi 8,700; nella formula leucocitaria nulla di notevole se si eccettua una polinucleosi neutrofila (82 %).

Mentre le chiazze vanno fondendosi le une con le altre tanto da formare in alcuni punti (grandi labbra, faccia interna dei gomiti, veggasi fig. 1 e 2) delle macchie uniche della grossezza di una moneta da dieci centesimi, esse vanno pure incontro a modificazioni di colore per cui da rosse o rosso-vinose, quali erano alla loro comparsa, vanno ora impallidendo, assumendo una tinta bruniccia o giallognola, passando per le diverse colorazioni caratteristiche nell'evoluzione di ogni stravaso sanguigno sottocutaneo.

Si continua la dieta lattea, si somministra del decotto di gramigna e si medica la ferita giornalmente detergendola e tamponandola con semplice garza sterile. Nel giro di 10-12 giorni la bambina guarisce; le urine ridiventano normali, normale la temperatura, le chiazze quasi scomparse, mentre la pelle in corrispondenza di esse va essiccandosi ed esfogliandosi in lamelle epiteliali.

La paziente continua ad essere medicata all'asciutto; la ferita non si tratta con alcun antisettico, essa granula bene e la cavità va riducendosi. I parenti però decidono di condurre la bambina a casa e non ostante i nostri consigli sulla necessità di lasciarla nell'Istituto per l'applicazione di un corsetto gessato, la paziente esce il 20 aprile.

***

Nel caso ora riferito appena comparse le chiazze emorragiche cutanee si fece diagnosi di *porpora emorragica* potendo escludere facilmente *a priori* le altre forme di diatesi emorragiche che potevano con essa entrare in campo nella diagnosi differenziale (scorbuto, morbo di Barlow).

Si sa che sotto il nome di porpora si comprende un gruppo di affezioni più o meno gravi che se sono facilmente ed indiscutibilmente ben distinte l'una dall'altra dal punto di vista nosografiche « ben più difficile si presenta il problema se invero esse rappresentino solo varietà sintomatiche di un unica entità morbosa derivate da condizioni individuali o da proprietà peculiari dell'agente patogeno » (Moreschi).

Si suole distinguere una *porpora semplice* (emorragie cutanee), una *emorragica* (emorragie cutanee, mucose, sirose, parenchimatose), una *reumatica* (tumefazioni e dolori articolari), una *addominale* (dolori colici, emorragie intestinali) ed una *fulminante* (a decorso rapidissimo col decesso anche entro le 24 ore).

Per la eziologia della porpora si può dire che sino a una ventina di anni fa essa è stata alquanto oscura. In un primo tempo fu creduta dipendente da disturbi vasomotori; più tardi, avendo qualche autore (Dohrn) riferito casi di donne gravide affette da porpora emorragica e che partorirono bambini affetti dalla stessa forma, si cominciò a pensare alla natura quasi sicuramente ed esclusivamente infettiva dell'affezione. Le ricerche cliniche ed i laboratori confermarono questa ipotesi. Petrone, Ceci ed altri ottennero porpore emorragiche nei conigli trattati con sangue di individui affetti da porpora.

Furono isolati diversi germi dal sangue e dagli organi di individui affetti da tale affezione. Così Martin de Gimard trovò un germe con caratteri microscopici simili a quelli dello stafilococco e dello streptococco. Silvestrini e Baduel isolarono in alcuni casi lo stafilococco piogene aureo, in altri quello citro ed albo. Guarnieri, Lannois e Curmont isolarono lo streptococco, Bellei e Boschi, uno speciale stafilococco; Petrone dei micrococchi; Le Breton e Antony lo stafilococco aureo; Clarode, Hutinel, Claisse, lo pneumococco. Romanelli ha isolato uno streptococco che si differenzierebbe da quello piogene comune per qualche carattere, mentre avrebbe qualche somiglianza con lo streptococco isolato da Vassale.

Tutte queste ricerche, pure se non concordanti per la specificità di un germe come agente della porpora emorragica, starebbero a dimostrare però la natura quasi sicuramente infettiva dell'affezione. In genere la porpora si ha infatti dopo superata qualche malattia infettiva (ileotifo, tonsillite acuta, malattie esantematiche); però si è verificata anche durante od in seguito ad *autointossicazioni* (morbo di Bright, neoplasie maligne e sarcomi in ispecie) ed *eterointossicazioni* (avvelenamenti da fosforo, arsenico, fenacetina, composti e derivati iodici).

Il nostro caso fu da noi subito classificato come porpora emorragica presentando esso oltre che le emorragie cutanee anche quelle della mucosa intestinale (enteroragia). Circa la causa, pur essendo insorta l'affezione quando già la bambina migliorava dalla nefrite, nè più da quattro giorni veniva adoperata per la me-

dicazione la garza iodoformica, noi dobbiamo ammettere che l'intossicazione da iodoformio che causò la nefrite fu anche l'esponente primitivo della seconda complicanza (sindrome emorragica) la quale in una bambina già satura di preparati iodici (essa aveva subìto circa trenta iniezioni di soluzione iodo-iodurata prima dell'intervento), ammalata di un processo infettivo cronico (tubercolosi vertebrale) e con filtro renale gravemente alterato (nefrite acuta) trovò il terreno più adatto per la sua insorgenza.

Il caso riferito ha indubbiamente un certo interesse sia dal lato scientifico che da quello pratico; in primo luogo la giovanissima età della paziente (tre anni) costituisce una rarità per quaunto si riferisce l'eziologia dell'affezione: si sa infatti che il più spesso vengono colpite da malattie a sindrome emorragica le persone fra i 15 e 20 anni, mai o quasi mai quelle al di sotto dei 5 anni (Barthez e Rilliet); Drechsler riferisce come caso rarissimo quello di un bambino di cinque mesi; Dohrn un'altro di un neonato.

È interessante anche la localizzazione delle chiazze emorragiche alla faccia che resta invece generalmente indenne (Eichhorst) e quella ai genitali esterni (grandi labbra) che non sono mai colpiti o soltanto in rarissimi casi ed appunto perciò resi noti nella letteratura. Sanson cita infatti un caso in cui le chiazze eransi localizzate allo scroto in un bambino di 8 anni e Bolnitzki quello di una ragazza di vent'anni in cui si avevano localizzazioni alle grandi labbra, precisamente come nel nostro caso.

Finalmente mi sembra che il nostro caso meriti di essere reso noto oltre che per la conferma che esso può portare circa la possibilità di aversi porpora emorragica per intossicazioni da preparati iodici, anche, e specialmente, per la conseguente norma pratica riguardo alla circospezione da osservare nell'uso di tali preparati, specie nei bambini. Nella nostra piccola paziente infatti alla debole resistenza organica derivante dall'affezione tubercolare si è aggiunta l'intossicazione da iodo e ioduro di potassio in seguito alla cura fatta nel mese che precedette il piccolo atto operativo; subito dopo questo, lo zaffamento con garza iodoformica dette il tracollo all'organismo che rimase fortemente attossicato: ne fa fede il miglioramento della nefrite appena tolti gli zaffi iodoformizzati; nè può imputarsi dell'alterazione renale il cloroformio adoperato per l'anestesia, poichè gli edemi e l'albuminuria sarebbero comparsi subito dopo l'atto operativo e non dopo qualche giorno e precisamente quando ai primi zaffi di garza iodoformizzata altri della stessa specie se ne sostituirono (settima giornata). Onde, concludendo, la sindrome emorragica nella nostra bambina è stata provocata — molto presumibilmente — da due cause che di per sè sole sarebbero già state sufficinti a produrla, voglio dire la nefrite (causa autotossica) e l'avvelenamento iodico (causa eterotossica); è facile perciò spiegarci la diffusione rapida ed in così svariate sedi del processo, il quale, se non arrestato subito col riconoscerne e rimuovere prontamente le cause, poteva anche avere decorso molto grave e forse pur esito letale, ciò che non costituisce purtroppo una eccezione (casi di Vassale, Tizzoni e Giovannini, Romanelli).

Pavia, dicembre 1919.

NOTE E CONTRIBUTI.

La cura dell'edema morbilloso della glottide con le iniezioni di pilocarpina.

Dott. COSTANZO ARRIGONI, medico-chir. condotto.

Durante un'estesa epidemia di morbillo, occorsa sul finire dell'autunno al principio dell'inverno (1913-14) a Cavenago d'Adda (Milano), ove esercitavo in qualità di medico condotto, ebbi a rilevare in alcuni piccoli malati, o durante l'espulsione eruttiva o subito dopo, l'insorgenza dell'« edema della glottide ».

Da una relazione che stesi allora per quell'Amministrazione comunale e da note, che ho conservato ed ora consulto, risulta che, su circa centosessanta colpiti dal morbillo, l'edema glottideo si manifestò in sei casi, de' quali due morirono, uno venne tracheotomizzato all'Ospedale civille di Lodi ove l'inviai, e tre guarirono con cure mediche, principalmente basate sulle iniezioni di « pilocarpina » (idroclorato di...).

Mi permetto di richiamare l'attenzione dei colleghi, in ispecie di quelli esercenti in condotte rurali, su questa complicazione del morbillo, sempre grave, non tanto frequente, ma nemmeno rarissima (Trousseau), che pone a repentaglio la vita degli infermi e che vivamente impressiona i familiari ed anche il medico che si trova nell'impellente necessità di porgere immediato soccorso. Inoltre, credo di giovare esponendo brevemente i resultati, davvero ottimi, raggiunti in tre piccoli pazienti con le iniezioni di idroclorato di pilocarpina, in qualche formulario per tale evenienza consigliate, ma non seguite dalla generalità dei medici, titubanti per il timore (del resto non giustificato) dell'azione depressiva da essa esercitata sul cuore.

Io stesso non ricorsi, subito, nei primi casi, a codesto farmaco; ma curai con tutti gli altri mezzi medici, indicati dai terapisti. Anzi, nel dubbio che col virus morbilloso si associasse quello difterico (il che può avvenire), e per la fenomenologia quasi identica al croup, sebbene non rilevassi nella prima porzione del faringe e del laringe chiazze o strie membranose, praticai ugualmente iniezioni piuttosto generose di siero Behring, fidando anche sul principio della polivalenza dei sieri ed attendendomi qualche effetto salutare. Invece i resultati furono sconfortanti, tanto che, in breve volger di tempo, i due primi affetti di edema della glottide vennero a decedere in mezzo agli stenti ed agli spasimi della completa stenosi laringea.

Ecco le osservazioni fatte sull'efficacia delle iniezioni di pilocarpina nei tre casi di edema della glottide, con esse trattati:

OSSERVAZIONE I. — S. L., di Pietro, d'anni uno e mezzo, domiciliato nel centro del paese.

Nato di parto a termine e normale. È secondo figlio. Nulla di notevole nel gentilizio. Non sospetto di lues. Il fratellino ha tre anni e mezzo, è sano ed è sempre stato sano. L'attuale paziente non ha mai prima sofferto malattie. Si è ammalato di morbillo con i caratteristici prodromi il 5 dicembre 1913. L'eruzione esantematica è durata tre giorni, in capo ai quali, perfettamente sfebbrato, perdurandogli però un po' di tosse secca e stizzosa, prese freddo ed umidità (figlio di contadini, contro ogni mio volere, fu portato dalla casa nella stalla, ove i suoi svernavano). Nella notte del 13, all'improvviso venne còlto da grave attacco dispnoico con accenni alla soffocazione .

La mattina del 14 fui, d'urgenza, richiamato al letto del malato. Ebbi ad osservare come il bambino fosse in preda ad una vera ortopnea continuata e, agitatissimo, non trovasse conveniente posizione. A quando a quando, balzava in piedi sulla culla, brancolando in cerca d'aria. Aveva cianosi al volto, occhio sbarrato, esprimente profonda angoscia, midriasi pupillare. Rientramenti inspiratorî al giugulo, all'epigastrio ed alle parti laterali del torace; sudore freddo alla fronte. Temper. inguinale 38°.5; polso un po' piccolo, aritmico, frequente (120 battiti al m').

All'esame della gola, tranne modica iperemia tonsillare e leggero turgore dell'ugula, null'altro rilevai di saliente; non macchie, nè lacinie bianco-giallastre da ingenerare il sospetto di una difteria. La voce era rauca, senza timbro e la tosse (provocata) aveva il carattere spiccato di quella croupale (latrante).

Posi la diagnosi di «edema della glottide post-morbilloso». Il paziente era normalmente sviluppato, ma presentava scarso pannicolo adiposo. A carico degli organi toracici ed addominali non rinvenni alcunchè di rimarchevole.

Lì per lì, feci applicare due sanguisughe al giugulo, ordinai inalazioni ininterrotte di vapori d'acqua bollente ed un calmante, per via orale, a base di bromuro di potassio. Aggiunsi qualche iniezione di olio sterilizzato canforato al 10 %.

Il giorno successivo non ero pervenuto ad alcun apprezzabile e favorevole risultato; anzi potei constatare un peggioramento. Allora, riesaminati il cuore ed i bronchi, rilevata la loro perfetta integrità, decisi di sperimnetare le iniezioni di pilocarpina e le prescrissi in soluzione sterilizzata titolata d'idroclorato al 0.10/10, da somministrarsi in ragione di mezza siringa usuale Pravaz da un c.c., *pro die*.

Poco dopo, procedetti all'iniezione. A sostenere la funzionalità cardiaca, ad evitare fenomeni depressivi ed eventualmente di collasso per l'azione del rimedio, prescrissi una pozione sciropposa di benzoato di caffeina, da servire a cucchiaini ogni ora o due ed insistetti con le iniezioni di olio canforato, più volte nella giornata.

Circa mezz'ora dopo dall'iniezione di pilocarpina, notai un forte arrossimento del volto, un discreto aumento dei battiti cardiaci (150 di polso al m.') e dicrotismo. Quasi subito comparve una salivazione abbondantissima, conati di vomito, seguìti da emissione di copiose masse di mucco vitreo, profusa diaforesi.

L'ammalato apparve assai depresso. Vennero propinati gli eccitanti analettici suddetti.

Trascorse un paio d'ore, era subentrato un certo benessere, una certa tranquillità. La respirazione, nonostante mantenesse il rumore di sega ed ancor fosse dispnoica, pur si compieva meno faticosamente; il polso era disceso a circa 90 battiti al m.' e non presentava più il dicrotismo. Si era inoltre fatto più ritmico e valido. Il colorito della cute e delle muccose visibili era divenuto più roseo, mentre la cianosi era di molto diminuita. Il pericolo della soffocazione s'era dileguato.

Il giorno dopo rilevai un'esacerbazione della surriferita sintomatologia, ma senza che raggiungesse il grado allarmante di prima. Credetti opportuno di procedere ad un'altra iniezione d'idroclorato di pilocarpina, la quale provocò, con la salivazione e con la sudoriferazione, altro vomito mucoso.

Stavolta, dopo di essa, non riscontrai l'imponenza dei fenomeni verificatisi il dì precedente; anzi la seconda iniezione venne meglio tollerata.

Cuore e bronchi, con scrupolosa attenzione, furono sempre tenuti d'occhio.

Così, ad una per giorno, al piccolo malato, che andava lentamente migliorando, furono introdotte sotto cute complessivamente undici iniezioni del farmaco in discorso.

Il 26 dicembre 1913 potei lasciarlo perfettamente guarito.

OSSERVAZIONE II. — A. P. di Luigi, d'anni 2½, domiciliata nel centro del comune. È sesta figlia, nata di parto a termine ed eutocico. Una sua sorella, la prima, morì a quattordici mesi di vita per «enterite acuta». Gli altri fratelli sono tutti viventi e sani. I genitori, contadini, godono buona salute, nè possonsi a loro carico ascrivere tisi e lue. Però uno zio materno morì giovine per tubercolosi polmonare.

L'inferma non ha mai precedentemente sofferto malattie.

La madre m'ha raccontato che la bambina è stata colpita dal morbillo il 12 dicembre 1913

con forte febbre a tipo remittente, corizza, congiuntivite catarrale, fotofobia, lieve tosse secca, breve, un po' stridula. Dopo un paio di giorni si è coperta della caratteristica eruzione esantematica, che è totalmente scomparsa dopo circa ventiquattr'ore.

Fui chiamato il 17 di mattina, quando i suoi si erano fortemente turbati perchè l'inferma era stata, nella notte e quasi all'improvviso, assalita da grande irrequietezza per una respirazione difficoltata, accompagnata con sintomi di soffocazione.

Trovai un quadro nosologico corrispondente a quello esaminato nel caso innanzi esposto.

Anche questa bambina era fortemente dispnoica, cianotica, agitatissima.

All'esame della gola, nulla scorsi che potesse avvalorare la diagnosi di croup difterico. Il polso si presentava assai accelerato, aritmico; la respirazione affrettata, con dilatazione delle narici. Durante gli atti inspiratori rilevai retrazione del giugulo, degli spazî intercostali e dell'epigastrio, nonchè un rumore fischiante.

Voce quasi afona, tosse di timbro tubarico. Temperatura inguinale 37°.5. Cuore e polmoni sani.

Mi persuasi che si trattasse di un altro caso di «edema della glottide post-morbilloso».

Non indugiai ad ordinare le iniezioni di idroclorato di pilocarpina, allo stesso titolo di soluzione di cui sopra e che subito iniziai, somministrandone una siringa intiera Pravaz, della capacità di un cc. Al tempo stesso, non dimenticai di prescrivere revulsivanti esteriormente sulla gola, le inalazioni di vapori d'acqua a bollore e sopratutto gli eccitanti dell'attività cardiaca, tanto per via orale, quanto per via sottocutanea; precisamente come ho descritto in antecedenza. Dopo poco dall'iniezione di pilocarpina ebbi ad osservare: aumento dell'agitazione, maggiore frequenza del polso e del respiro; scialorrea seguita da vomito di abbondante mucco, diaforesi profusa; grave prostrazione di forze. Allora intervenni con gli eccitanti analettici.

Tornato qualche ora dopo presso la malata, la trovai abbastanza tranquilla, assai meno dispnoica, con polso meno frequente, più ritmico e pieno. La tosse s'era fatta morbida, la voce un tantino più chiara e di tono leggermente più elevato.

Ma nella notte appresso fu nuovamente colta da altro attacco asfittico e prolungato, sì da trovarla, la mattina veniente, press'a poco nelle condizioni del giorno avanti.

Replicai l'iniezione di pilocarpina che fu seguita dagli stessi effetti e successivamente da un nuovo periodo di benessere.

Ogni giorno, inoculai un centimetro cubico di soluzione del farmaco e continuai fino al 1° gennaio 1914, cioè fino a quando la respirazione perse il carattere stridulo, la voce riacquistò il suo timbro e la sua altezza normali e la paziente potè considerarsi del tutto guarita.

Complessivamente, nel corso della malattia, furono dunque fatte venti iniezioni di pilocarpina, che vennero egregiamente tollerate. Anzi dopo le due o tre prime, le altre non apportarono nemmeno disturbi notevoli e protratti.

OSSERVAZIONE III. — R. G. di Antonio, di anni 2 e mesi 3. Nata di parto a termine fisiologico. È terza figlia. I due primi suoi fratelli vivono e godono buona salute. Il padre, contadino, è sano e robusto. Ha un fratello affetto da cretinismo. La madre non presenta altro che una considerevole ipertrofia del corpo tiroide. Non risulta tubercolosi, nè sifilide negli ascendenti e nei collaterali. La bambina non aveva mai, prima d'allora, sofferto malattie.

Il 25 dicembre 1914 fu colpita dal morbillo. L'esantema durò circa quindici giorni. Date le misere condizioni dei suoi, la mancanza di combustibile per il riscaldamento e la rigidezza dell'inverno, l'inferma venne tenuta nella stalla!

Nel corso dell'infezione morbillosa presentò raucedine ed afonia. Tosse aspra, cavernosa. Nella notte dal 29 al 30 dicembre, all'improvviso, fu assalita da ambascia respiratoria con gravi ed impressionanti fenomeni di soffocazione. La mattina del 30 constatai: viva agitazione, occhio sbarrato, midriatico, lieve cianosi al volto; respirazione affrettata, russante, a tipo croupale, dilatazione delle narici, rientramenti inspiratorî al giugulo, agli spazî intercostali, all'epigastrio. Temperatura inguinale 39°; polso 140 circa al m.', aritmico, piuttosto piccolo. Cuore e polmoni sani.

Nulla in riguardo agli organi addominali. Mentre il volto si presentava pallido e coperto da finissime lamelline bianco-splendenti, (una specie di forfora), la pelle del tronco, dell'addome e degli arti era completamente rivestita dell'eruzione papulo-noduliforme.

In gola rilevai iperemia e modica tumefazione delle amigdale e delle fauci; ma non vidi placche o lacinie bianco-grigiastre. Edotto dai precedenti casi, non dubitai di trovarmi ancora di fronte alla stessa forma patologica, e cioè all'«edema della glottide», stavolta durante l'eruzione esantematica.

Quindi, prescrissi la medesima, identica cura ed immediatamente cominciai ad iniettare l'idroclorato di pilocarpina, sempre in soluzione allo stesso titolo e nella misura di un'usuale siringa Pravaz da un cc., *pro die*

Non starò qui a riferire dettagliatamente le vicende di questa terapia (che dovrei ripetermi), vicende, che del resto, furono analoghe a quelle replicatamente esposte. Solo dirò che le iniezioni, tolleratissime e senza che abbiano arrecato inconvenienti serî o di qualche importanza, proseguii fino al 14 gennaio 1914; a quando ottenni la guarigione assoluta della malata. Ne praticai quindici in tutto.

Da queste brevi storie cliniche mi sembra risulti chiaro che la complicazione morbillosa, da me riscontrata, fosse proprio l'edema della glottide. Infatti non potremmo parlare di catarro laringeo semplice perchè, sebbene anche nel corso di quest'affezione si possan dare fenomeni di stenosi con attacchi di asfissia per l'accumulo del secreto nella glottide o per l'estensione della flogosi alla sotto-mucosa, tali accessi sono di breve durata e molto difficilmente pongono in serio pericolo il malato. Nei

nostri casi invece l'ostacolo alla respirazione s'è manifestato in modo continuo, con qualche remittenza, mai però con la completa cessazione. Per contro, più che legittimo era il dubbio che si andasse svolgendo un processo difterico. Ma che di difterite primitiva laringea (croup genuino) non si trattasse è dimostrato in modo evidente dall'avere, nei due primi casi, ed in tempo utile per ottenere un resultato buono, usato senza frutto la cura specifica. Dietro colpi di tosse, mai vidi espellere lacinie pseudomembranose, nè di esse scorsi la presenza nei vomiti copiosissimi, provocati dalla pilocarpina. Del resto i tre successivi individui, colpiti dalla malattia laringea gravissima e minacciante la loro esistenza, guarirono senza siero Behring. Dato il grado inoltrato del male, la difterite sarebbesi fatta ascendente, sicchè avrei rinvenuto le pseudomembrane anche sulle tonsille, sul palato molle, sull'ugula; ciò che non fu.

Fuori di discussione dovevano essere messe la laringite tubercolare e quella da lue congenita. L'anamnesi remota e quella prossima bastavano di per sè sole ad escluderle. L'insorgenza improvvisa dei sintomi stenotici non parlava in loro favore, come non si doveva dimenticare la loro comparsa durante, o poco dopo l'infezione morbillosa.

Dunque « edema glottideo ».

Posta la diagnosi, dinanzi ad un quadro che dava la sensazione di un possibile quanto rapido esito letale, s'affacciò subito il serio problema dell'enunciazione della cura più appropriata, esclusione fatta del trattamento chirurgico, a questo opponendosi irriducibilmente i genitori dei malati. Così, in un primo tempo, consigliai quanto specialisti in materia indicano, sebbene fossi persuaso di non raggiungere un resultato pratico. Infatti, anche ora scorrendo la bibliografia sull'argomento trovo, ad esempio, proposte per la cura molte formule di sostanze sedative (cocaina, adrenalina, mentolo, novocaina, ecc.) da adottarsi come polverizzazioni. Per mio conto, queste giudico poco efficaci, poichè raggiungono soltanto le fauci e non riescono a penetrare che minimamente nel laringe, chiudendosi questo involontariamente, in cospetto di corpi estranei. Ad ogni modo non giungono ad aggredire il processo morboso, situato più profondamente. Impossibilissimo applicarle poi o farle applicare, a diverse riprese, ai piccoli bambini, tenacemente restii ad aprire od a lasciarsi aprire la bocca.

Qualche cosa di più sarebbe da attendersi dal sistema delle inalazioni, le quali però, ad arrecare qualche benefizio, debbono essere continuate e richiedono lungo tempo.

Invece, nei casi riportati si reclamava un intervento più pronto e di esito più rapido.

Le iniezioni d'idroclorato di pilocarpina corrispondono, oltre ogni credere, a questi ultimi requisiti. Inoltre accoppiano con l'azione emetica quella eminentemente diaforetica, eccitando le fibre del simpatico che escono dal midollo per le radici anteriori e che vanno a distribuirsi alle ghiandole sudorifere.

Henoch, sperimentati i suddetti rimedî, se la stenosi non cede, raccomanda l'uso di un vomitivo, pur invitando a somma cautela per la debolezza che suole tenergli dietro.

In persone, a condizioni normali, la pilocarpina, impiegata alla dose in cui produce abbondanti secrezioni, in generale dà scarsi fenomeni accessori molesti. Azione depressiva sul cuore, sempre in individui adulti con integrità di quest'organo, è esercitata se somministrata a dose più elevata di due centigrammi per iniezione ipodermica (Gaglio). Anche Alessandrini (sez. pratica del *Policlinico*, n. 13, anno 1920) conferma che la pilocarpina ha una azione prevalente sulle fibre secretorie, mentre l'azione sul cuore è quasi nulla.

Gaglio (farmacologia) prosegue: «...è però da osservare che se il cuore non è normale sopporta male la pilocarpina. Anche da parte dei polmoni esistono controindicazioni, poichè se il muco bronchiale, che la pilocarpina fa sgregare abbondantemente, non è con facilità eliminato, può dar luogo ad inconvenienti gravissimi ».

Di qui la necessità, prima di procedere alle iniezioni del farmaco, di esaminare volta a volta, con meticolosa accuratezza, lo stato del cuore e dei polmoni. Ciò che non dimenticai di fare, scrupolosamente. Intervenni con la pilocarpina convinto della perfetta sanità di essi. Ad ogni modo, io non mi sono certo trovato davanti alla normalità della loro funzione. Il cuore, soprattutto, palesava un'esagerata funzionalità, dovendo sopperire all'insufficienza dello scambio gassoso, dipendente dall'ostacolo laringeo all'aereazione. Ecco perchè credetti, più che opportuno, indispensabile di completare la cura aggiungendo i cardiocinetici, sia per via ipodermica, sia per via orale. Con tale mezzo, non solo evitai incidenti cardiaci e polmonali, ma riuscii a sollevare le forze degli infermi, abbattute dall'azione del rimedio.

Tirando le somme, dalle iniezioni di idroclorato di pilocarpina, nei casi di edema della glottide secondario a morbillo, riuscii ad avere

risultati davvero insperati, tanto da doverle vivamente raccomandare in siffatte occorrenze e prima di procedere ad atti chirurgici, quali l'intubazione, non sempre agevole e possibile, e la tracheotomia, non scevra di incidenti e di pericoli.

San Zenone al Po (Pavia), luglio 1920.

BIBLIOGRAFIA CONSULTATA.

STRÜMPELL. *Patologia Medica*, vol. I, parte I: *Acute da infezione.*

BENDIX. *Pediatria.*

EULENBURG. *Diagnostica Medica*, vol. II.

LEUBE. *Diagnostica differenz. delle malattie interne*, vol. I.

FLAMINI. *Manuale di Pediatria pratica* (dono agli abbonati al «Policlinico», anno 1914).

BILANCIONI. *Manuale di Oto-rino-laringoiatria* (dono agli abbonati al «Policlinico», anno 1915).

GAGLIO. *Farmacologia e terapia.*

MÒGLIE. *Ricettario ragionato: manuale di Terapia pratica.* (Soc. editr. Dante Alighieri).

ALESSANDRINI. «Policlinico», Sezione pratica, n. 13, anno 1920.

IGIENE.

Relazione medica finale sulla campagna antimalarica all'Acquataccio.

Essa ebbe inizio il 14 marzo 1919 e si chiuse col dicembre.

Così possiamo riassumere i dati statistici:

1° mese: individui visitati 200; malarici cronici 150; con febbre 35;

2° mese: individui visitati 330; malarici cronici 260; con febbre 65;

3° mese: individui visitati 502; malarici cronici 354; con febbre 198;

4° e 5° mese: individui visitati 582; malarici cronici 360; con febbre 222;

infine: individui visitati 606; malarici cronici 425; con febbre 263.

Le quali cifre ci permettono oggi di dire che di quella limitatissima popolazione dell'Acquataccio, che non sorpassa le 800 persone (se escludi la popolazione fluttuante data dalle opere che non vi abitano) oltre il 50 % è rappresentato da individui malarici cronici; e di questi (425) oltre la metà (263) ebbero febbri malariche lo scorso anno.

Queste cifre testimoniano, oltre il lavoro fatto, la gravità dell'infezione.

Gli esami del sangue dettero a tutto giugno prevalenza assoluta di *forme terzane primaverili;* e pur tali si conservarono in luglio e agosto, fatto sul quale riportò la sua attenzione il dott. Escalar, dacchè *gli estivi avrebbero recedivato come primaverili.* In seguito prevalsero, clinicamente, sempre forme benigne di *terzana e quartana:* Forme *estivo-autunnali* a tipo subcontinue ve ne furono 3 o 4 solo, una delle quali a tipo tifoso.

Quello che è risultato indiscusso è l'efficacia che ha avuto la regolare somministrazione del chinino, sotto le più svariate forme, che ha fatto sì che si sia giunti alla fine della Campagna con un numero minimo di perniciose (3-4 solo), *nessuno ospedalizzato, nessun morto;* e con un andamento generale dell'infezione dei più benigni: così gli accessi febbrili continuarono ad aversi a lunghissima scadenza (di 15-20 giorni ed oltre un mese) ed intanto le *condizioni generali* di salute si avvantaggiarono in modo notevole per opera dell'ampia distribuzione della mistura antimalarica, così ben accetta.

Sulla presenza di *forme primitive,* pare incredibile, un solo caso sarebbe stato notato, nella persona di una bimba di 6 mesi, figlia di genitori malarici (Alessi); con questo non si vuol escludere che non ci possano esser state delle nuove infezioni o meglio *reinfezioni* in quei soggetti che già erano stati malarici in anni antecedenti. Certo che la spietata disanofelizzazione e lotta antilarvale fatta dall'ispettore sig. Persiani, la quale a conferma della popolazione portò a notevole diminuzione di zanzare, deve aver influito ad impedire la diffusione dell'infezione dell'uomo malato alle zanzare e da queste agli stessi individui malarici od ai pochi chininizzati.

Questa *prima Campagna antimalarica postguerra* ha dimostrato, una volta ancora, quanto stia a cuore alla Civica Amministrazione (e per essa al Senatore prof. Marchiafava) la salute dell'Urbe e fornito elementi non del tutto trascurabili per fronteggiare per l'avvenire questa epidemia, che la guerra, per cause molteplici, ha resa più diffusa e più grave.

Dott. OMERO RICCI.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA SOCIALE.

Errori commessi nella lotta contro la tubercolosi polmonare.

La Germania, nella quale in questi ultimi 3 decenni la tubercolosi fu in costante diminuzione, segna ora un aumento della mortalità che in certi centri raggiunge il 150 %. Di ciò vengono ora incolpate la scarsa nutrizione e la deficiente igiene, la crisi delle abitazioni, i patemi d'animo dovuti alla guerra, ecc. Kraemer, però, nella *Zeitschr. für Tuberkulose*, fascicolo 31, n. 4, obbietta che tutte queste cause non avrebbero potuto esplicare la loro deleteria azione, se non avessero trovato un terreno già preparato. L'apparente successo della lotta antitubercolare andava dunque ascritto ad una progressiva benignità del morbo, che facendo diminuire il numero dei casi letali ne celava i metodi insufficienti od addirittura sbagliati. Anzi tutto non s'era mai voluto assegnare alla tubercolosi il posto che le spetta nell'epidemiologia, cioè di malattia contagiosa, delle quali ciascuna, secondo i postulati di Koch, deve esser combattuta a seconda della propria individualità.

Costretti, per ragioni di praticità, si distingue ora la tubercolosi polmonare aperta e chiusa, significando con quest'ultima l'affezione delle ghiandole bronchiali, diagnosticabile coll'esame semiologico (ottusità ilare) e radiologico. Datando sin dall'infanzia, la tubercolosi glandolare è la causa più frequente di quella polmonare aperta, che solo di rado prende origine da un'infezione tardiva.

Il concetto di aperto e chiuso si copre dunque colla presenza di bacilli nello sputo (nel 77 % delle tbc. polmonari e nell'1 % delle ilari).

E' importantissima nella lotta antitubercolare la scissione netta di queste due forme sin dal primo esame dell'ammalato. Riesce favorevole un'altra circostanza, cioè il numero relativamente esiguo delle tbc aperte (10 %) di fronte alle chiuse (74 %). Nei reperti autoptici di bambini, la tbc. ilare ammonta al 98 %, trovandosi il focolaio primitivo nel polmone già guarito in 70 % dei casi. La regola è dunque che l'infezione da parte del tubercolotico aperto genera tbc. ilare nell'individuo infetto; questa a sua volta può passare nella forma aperta. Si può dunque sperare in un successo della lotta antitubercolare soltanto ove si interrompa questo circolo in qualche punto. Ciò è possibile in 2 modi: o col trattamento della tbc ilare, cercando di impedire che il processo si propaghi al polmone, mantenendo cioè la tbc allo stadio latente col miglioramento delle condizioni igieniche e sociali (l'autore accenna brevemente soltanto ai successi avuti in questi casi colla cura specifica della tubercolina), metodo poco realizzabile per il gran numero degli affetti; oppure, ciò che sin dal principio sembra più effettuabile, la cura delle tubercolosi polmonari aperte, indispensabile dal punto di vista profilattico e indispensabile per gli ammalati stessi. La migliore terapia è quella igienico-climatica.

Si tratta dunque di impedire che la forma latente diventi aperta e che questa a sua volta dia origine a nuove infezioni. La lotta contro la disposizione dovrebbe esser chiamata con un termine più scientifico: cura della tbc latente. Ve n'è un'unica misura che risponda ai postulati del medico, dell'igienista e dell'ammalato, il ricovero cioè di tutti i tubercolotici aperti in sanatori adatti fino a tanto che lo sputo sia diventato negativo per Koch. La colpa che l'isolamento di questi infermi contagiosi non venga praticato rigorosamente va attribuita a 2 fattori: all'insufficiente scissione delle differenti forme di tubercolosi « polmonare » di cui non tutte risiedono nel polmone stesso, e all'organizzazione sbagliata nel modo di ricoverare gli ammalati. In primo luogo, i tubercolosarii non devono accogliere soltanto infermi incurabili, i quali oltre che apportare loro fama di « case di morte » riescono contagiosi soltanto alle limitate persone che li circondano, essendo irremovibili dalla casa o dal letto. L'isolamento dei tubercolotici deve incominciare dunque coi casi più leggeri, poichè il grande pericolo igienico-sociale viene dato da quegli ammalati, che meno gravi possono attendere alle più svariate occupazioni. Anche qui vale la legge epidemiologica, che i casi leggeri propagano il contagio molto più di frequente dei casi gravi e conclamati. In secondo luogo bisogna sottoporre gli ammalati ad una cura seria ed accurata che dia adito alla speranza in un esito favorevole.

E il successo è il miglior alleato nella lotta contro la prevenzione, radicata tanto profondamente nell'opinione del volgo, contro tutto ciò che possa somigliare ad un ospedale. L'isolamento deve rimanere dunque compito precipuo dell'igienista; l'ammalato non deve avvedersene e il medico deve dimenticarlo, preoccupato del suo successo terapeutico. Le forme aperte di tbc. polmonare comportano il 10, al massimo il 20 %; questo numero esiguo soltanto fa pensare alla possibilità di realizzare un isolamento completo. Quanto prima s'inizia la cura, tanto più facile riesce questa e tanto più

essa sarà capace di far valere il secondo postulato, di trattenere cioè gli ammalati finchè lo sputo sia diventato negativo. Secondo le statistiche dei sanatori, una semplice cura dietetica riesce a far scomparire dallo sputo i bacilli nel 20-30 % dei casi; prolungando la degenza, prendendo in aiuto rimedi specifici e chimico-medicamentosi, l'elioterapia, tentando nei casi gravi il pneumotorace e l'intervento chirurgico, si potrebbero ottenere dei risultati molto migliori. Le eventuali recidive, sottoposte a ripetute cure, finirebbero col guarire in parte, i casi incurabili sarebbero eliminati un po' alla volta colla morte. Secondo una statistica di Hamel, i casi curati colla tubercolina offrirebbero nei casi avanzati una mortalità molto minore e una frequenza maggiore di guarigioni nei casi di poca o mediocre gravità, se contemporaneamente era stata possibile una degenza prolungata nella casa di salute. La scomparsa dei bacilli, sintomo primo dell'incipiente guarigione, pone anche una mèta fissa alle aspirazioni terapeutiche dei medici, capace di stimolare il loro interesse ed il loro zelo.

La tecnica batteriologica deve essere ineccepibile; il reperto negativo acquista in valore quando rimane tale durante e subito dopo l'iniezione di tubercolina. Dato che della dimissione decide il medico e non il batteriologo, è superfluo parlare di quei casi che, pur gravi, non hanno uno sputo negativo, e di quegli altri che, in ottime condizioni generali devono esser dimessi con lo sputo ancora positivo, formano l'unica eccezione ammessa.

La diagnosi e la terapia precoce, proclamate ora generalmente, non fanno che render più evidente il controsenso, per il quale a moltissimi tubercolotici viene negato il ricovero, perchè non bisognosi di cura.

L'autore si rivolta infine contro i tubercolosari popolari, i quali obbedendo ai regolamenti delle società d'assicurazione, alle cui dipendenze generalmente si trovano, accolgono soltanto ammalati in cui il ritorno all'abilità al lavoro può esser atteso entro il termine fisso di 13 settimane. Così sorse un po' alla volta la tendenza di ricoverare i casi leggeri e più spesso ancora le tbc. glandolari, le quali alla lor volta per la cura troppo breve, solo di rado uscivano guariti. Resta incomprensibile questa legge delle 13 settimane, dettata dalla cupidigia di guadagno del commerciante e non dal medico e igienista, ove si consideri che ammalati dimessi con un processo ancora florido, esposti ai danni del mestiere, non solo peggiorano rapidamente, ma costituiscono pure una minaccia costante per i loro vicini, resi ora più che mai suscettibili ad infezioni per l'insufficiente nutrizione e le condizioni igieniche di molto peggiorate.

È postulato categorico, dunque, la costruzione di ospedali appositi, dove senza difficoltà burocratiche inutili o previo consenso di medici di fiducia, gli ammalati di tubercolosi aperta vengano accolti il più presto possibile e curati finchè sieno scomparsi e la malattia e il pericolo di contagio.

m. p.

MALATTIE DIGERENTI.

Appendiciti e sindrome pseudo-appendicolare delle dissenterie.

(G. HEUYER e J. LEVEUF. *Archives des Maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, n. 7, febbraio 1920).

Harris, Kartulis, Wooley e Musgrave, Hoppe-Seyler ed altri già avevano notato la presenza di appendiciti nel corso della dissenteria amebica.

Le Roy des Barres constatò la presenza di amebe nella parete dell'appendice, ma ammise per altro che vi siano oltre le appendiciti amebiche, altre appendiciti complicanti il decorso di una dissenteria amebica, ma dovute ad una infiammazione secondaria banale. Gli AA., durante la guerra, nel loro servizio in Oriente, hanno potuto osservare vere appendiciti nel corso di dissenteria amebica, constatando alle volte soltanto presenza di amebe nell'appendice senza ulcerazioni, altre volte ulcerazione dell'appendice e numerose amebe nel pus; altre volte, infine, perforazione dell'appendice e presenza di amebe nel pus peritoneale. Tali appendiciti veramente amebiche si erano manifestate tutte nel corso di dissenterie amebiche acute.

Nelle dissenterie croniche tanto amebiche che bacillari si aveva il quadro di una appendicite cronica senza lesioni appendicolari vere, tanto che essi parlano di sindrome appendicolare per lesioni del cieco.

A) *Appendicite nella dissenteria amebica acuta.* — La dissenteria amebica può presentare un decorso acuto grave, clinicamente uguale a quello della dissenteria bacillare. La diagnosi differenziale si può fare solo con l'aiuto degli esami di laboratorio. In essa si può osservare una forma pseudo-colerica ed una forma tifoide.

I caratteri di gravità della forma acuta della dissenteria amebica sono anzitutto rappresentati dalla temperatura elevata (39°-40°) a *plateau* irregolare, o a grandi oscillazioni; dal dolore alla pressione su tutto il grosso in-

testino con iperestesia cutanea e difesa della parete, dall'aggravamento dello stato generale con polso frequente e piccolo; dalle scariche frequenti (30-40) nettamente fetide e sanguinolenti.

La morte avviene per tossiemia generale o per perforazione dell'ulcera intestinale. Gli AA. hanno osservato 9 casi di perforazione; in 4 casi la perforazione era sul cieco, in 3 casi sull'appendice; in un caso sull'S iliaca, in un caso vi erano 3 perforazioni (sull'S iliaca, sul colon discendente e fra il cieco e il colon ascendente). Le lesioni dell'appendice nella dissenteria amebica acuta, rappresentano un aspetto particolare delle lesioni del grosso intestino e specialmente della regione cecale; l'ulcerazione appendicolare dissenterica è una localizzazione anatomica e non presenta sempre clinicamente i segni chiari di una appendicite. Si possono per altro distinguere tre casi:

1° La dissenteria amebica acuta evolve con tutti i sintomi di una tossiemia mortale. Nulla richiama l'attenzione sull'ulcerazione appendicolare e si può persino produrre una perforazione senza che si manifestino segni di peritonite. L'ulcerazione e la perforazione appendicolare sono un reperto casuale dell'autopsia.

2° L'appendicite ulcerosa è mascherata dal quadro della peritonite acuta settica diffusa, che può essere dovuta tanto alla perforazione dell'appendice, quanto a perforazione di altre parti del grosso intestino.

3° Esiste una peritonite generalizzata, ma il malato ha presentato dolori nella fossa iliaca destra con fenomeni di reazione peritoneale nella regione cieco-appendicolare, tanto che è stato possibile formulare la diagnosi di appendicite nel corso di una dissenteria amebica acuta.

L'appendicite ulcerosa nella dissenteria amebica acuta è dovuta alla propagazione all'appendice delle ulcerazioni generalizzate a tutto il grosso intestino e determinate dall'ameba dissenterica. Generalmente non è possibile formularne la diagnosi sia perchè i segni di ulcerazione e perforazione dell'appendice passano inavvertiti nel quadro della tossiemia dissenterica o della peritonite settica diffusa: sia perchè è quasi impossibile distinguere l'appendicite dalla tiflite che quasi sempre è contemporanea ad essa.

B) *Sindrome pseudo-appendicolare delle dissenterie croniche.* — Spesso la guarigione della dissenteria tanto amebica che bacillare non è che apparente, poichè a distanza varia dalla prima manifestazione compaiono le ricadute. Se le ricadute sono certamente dovute all'ameba nelle dissenterie primitivamente amebiche; nelle dissenterie bacillari non è certo che le ricadute siano dovute allo stesso bacillo, e si potrebbe invece trattare di reinfezioni. Tuttavia la constatazione che coloro i quali hanno sofferto di dissenteria bacillare possono divenire veri portatori di bacilli dissenterici, rende certa l'esistenza anche di una dissenteria bacillare recidivante. Coloro che furono affetti da dissenteria tanto amebica che bacillare non sono da considerarsi come guariti nell'intervallo fra una ricaduta e l'altra, ed anzi presentano un quadro di enterite cronica, studiata e messa in evidenza da Mouriquand e Deglos. Quest'ultimo inoltre ha descritto fenomeni dolorosi particolari che costituirebbero una sindrome dolorosa addominale dell'enterite cronica degli amebici.

Gli AA. hanno constatato come spesso tali dolori addominali siano tali per localizzazione e per gli altri caratteri che li accompagnano da potersi parlare di una vera e propria sindrome appendicolare. Tale sindrome appendicolare può assumere andamento acuto tra un attacco e l'altro di dissenteria, con temperatura elevata; dolore nel punto di Mac-Burney o di Lantz; positivo il segno di Rovsing. Però il dolore è meno localizzato di quanto si riscontra nell'appendicite, dolorosi appaiono alla pressione anche il colon trasverso e il discendente. Le feci acquistano il carattere nettamente dissenterico ed all'esame microscopico dimostrano amebe o cisti amebiche.

Gli AA. citano 6 casi di dissenteria cronica recidivante, nei quali esistevano segni di infiammazione in corrispondenza della regione appendicolare, tanto che in un caso fu eseguito l'intervento operativo. Però l'appendice fu ritrovata perfettamente sana, mentre evidenti erano le lesioni a carico del cieco. Nelle dissenterie croniche recidivanti secondo gli AA. la sindrome appendicolare non è dovuta ad alterazioni vere e proprie dell'appendice ma piuttosto ad un risveglio delle lesioni del cieco concomitanti alla riacutizzazione della forma dissenterica; onde più opportuno è denominare tali sindromi come pseudo-appendicolari. La diagnosi differenziale tra queste sindromi pseudo-appendicolari e le appendiciti vere è alle volte assai difficile ed occorre ricercare attentamente la eventuale concomitante dissenteria e la natura di essa, sperimentando anche la cura specifica.

Mentre nella dissenteria acuta esiste una appendicite vera ulcerosa e talvolta perforante, con sintomi non sempre evidenti perchè velati dal quadro della tossiemia dissenterica, nel decorso della dissenteria cronica tanto

amebica che bacillare esiste una sindrome pseudo-appendicolare con sintomi evidenti, ma dovuti più ad una tiflite ulcerosa dissenterica che ad una appendicite.

Circa il trattamento di queste forme gli AA. consigliano nei casi di appendicite acuta insorgente nel corso di una dissenteria acuta grave, l'intervento operativo non dimostrandosi sufficiente il trattamento medico. Nei casi di sindrome pseudo appendicolare nel decorso di una dissenteria cronica è sufficiente il trattamento medico specifico.

TRENTI.

Cancro dell'angolo digiuno-duodenale.

(A. CADE e A. DEVIC. *Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, n. 7, febbraio 1920).

I neoplasmi dell'angolo digiuno-duodenale sono rari, e i vari autori che hanno trattato l'argomento si sono piuttosto preoccupati dei reperti clinici e radiologici che della sintomatologia clinica.

Gli AA. riportano un caso di cancro dell'angolo digiuno-duodenale. Si trattava di una donna di 72 anni che da 18 mesi presentava continuo dimagramento e diminuzione delle forze. Dopo un anno comparvero dolori epigastrici con netta sensazione di fame. Tali dolori si presentavano ad accessi piuttosto la sera e si calmavano con introduzione di piccole quantità di cibo. Un mese prima di essere accolta in ospedale comparvero vomito quotidiano e dolori, senso di peso nausee. Il vomito era sempre biliare. Non ematemesi, nè melena; stipsi ostinata.

All'esame obiettivo l'inferma presentava un addome flaccido, sul quale si disegnava nettamente lo stomaco ingrandito che scendeva al disotto delle creste iliache e che mostrava nette onde peristaltiche. Non ascite. Non adenopatia. Fu praticata subito una gastroenterostomia, ma l'inferma morì dopo 36 ore.

All'autopsia fu riscontrato stomaco dilatato, piloro beante. Il duodeno appariva dilatato sino all'angolo digiuno-duodenale; a tale livello si notava un neoplasma di consistenza dura, che si continuava per due centimetri sul mesentere.

Il lume intestinale era ristretto, lasciando appena passare il piccolo dito.

La mucosa intestinale era macroscopicamente sana.

Il cieco ed il colon ascendente erano voluminosi e pieni di feci.

Il fegato presentava qualche punto neoplastico in vicinanza della cistifellea.

Invasione neoplastica dei gangli dell'ilo del fegato, non dei gangli della piccola curvatura dello stomaco.

Istologicamente il reperto era quello di un cancro localizzato al duodeno e con propagazione al mesenterio e diffusione nel fegato.

Le stenosi del duodeno al disotto della papilla di Vater presentano due ordini di sintomi, alcuni a carico dello stomaco (riflusso duodenale, vomiti, dilatazione), altri intestinali (stipsi e alle volte fenomeno di occlusione).

Più frequentemente predominanti i sintomi gastrici.

Secondo gli AA. la presenza di vomito costantemente biliare deve far propendere per la diagnosi di stenosi sottovateriana, quando si accompagna a sindrome pilorica. La fame dolorosa è segno di ulcera duodenale, ma tanto nel caso riportato, come negli altri casi di cancro del duodeno non si è riscontrato segno di ulcera, tanto che gli AA. pensano che la fame dolorosa possa essere piuttosto un segno di localizzazione duodenale anzichè di vera ulcera.

TRENTI.

FISIOPATOLOGIA.

Influenza di estratti ipofisari e di lesioni del faringe nasale sul metabolismo cellulare dell'ipofisi.

(G. BASILE. *Rivista di patol. nervosa e mentale*, 1919, fasc. 9-10).

Dopo avere richiamato tutti i dati clinici e sperimentali relativi alle conoscenze dei rapporti fra faringe e sistema ipofisario, l'A. dai suoi esperimenti conclude che la somministrazione di estratto ipofisario per via intravenosa, peritoneale e sottocutanea ha prodotto nei conigli e nei cani, alterazioni consistenti, in massima parte, in iperplasia degli elementi, iperplasia che è tanto più accentuata quanto maggiore è stato il numero delle iniezioni praticate. Tanto negli animali con canale cranio-faringeo persistente (conigli) come in quelli senza traccia del detto canale (cani), la reazione ipofisaria, provocata in primo tempo dalla cauterizzazione e dal trattamento sulla volta del faringe nasale, diventa intensissima in seguito all'uso dell'estratto ipofisario.

Alla cospicua iperplasia e alterata funzionalità degli elementi ipofisari, che seguono all'infiammazione faringea, si sovrappongono alterazioni più intense, consistenti sopratutto in un aumento di eosinofili, di granuli e di vescicole lipoidee. Esse, messe in rapporto con quelle che si osservano sia negli animali che hanno subito soltanto la cauterizzazione del faringe na-

sale, sia in quelli che sono stati sottoposti ad un numero eguale di iniezioni di estratto ipofisario, sono senza dubbio più apprezzabili. È da notare infine che la cauterizzazione sul palato duro non provoca alcuna reazione ipofisaria.

Pur restando di difficile interpretazione il meccanismo d'azione degli estratti ipofisari su un'ipofisi alterata nella sua funzione, si può da queste ricerche concludere che se l'estratto ipofisario iniettato agisce stimolando gli elementi di un'ipofisi normale, esso stimola molto più intensamente tali elementi quando già si trovano in istato di alterazione funzionale.

In un terreno analogo non è agevole stabilire il significato funzionale delle alterazioni ipofisarie riscontrate negli adenoidei e in alcuni pazienti con tumori del rino-faringe e il meccanismo con cui agisce in essi l'estratto ipofisario. Ma dal momento che tanto negli infermi in parola quanto negli animali in cui sono state provocate alterazioni ipofisarie si riscontrano fatti d'iperplasia con aumento dei cromofili e dei lipoidi, e dal momento che l'estratto ipofisario, pur stimolando maggiormente l'iperplasia cellulare e l'aumento dei cromofili tende a ricondurre verso la norma la funzione alterata dell'ipofisi, equivale dire che v'è notevole differenza funzionale o qualitativa tra i cromofili aumentati per azione della malattia — spontanea o provocata — e quelli che induce l'estratto ipofisario. L'aumento di secrezione e l'iperplasia degli elementi ipofisari, provocati da malattia, si dovrebbero interpretare come ipersecrezione e iperplasia abnorme, analoga a quanto avviene nel gozzo comune; invece l'aumento di cromofili e l'iperplasia provocata dall'estratto ipofisario nell'ipofisi già alterata sono dei fatti reintegrativi, che tendono alla guarigione della turba funzionale.

G. BILANCIONI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta straordinaria dell'11 luglio 1920.

Vaccino-profilassi e vaccino-terapia nella pertosse.

Prof. L. SPOLVERINI. — Riferisce su la vaccino-profilassi e vaccino-terapia nella pertosse da lui e dai colleghi della Clinica pediatrica praticata mediante vaccino preparato dal prof. Levi Della Vida col bacillo di Bordet e Geugou. (V. *Policlinico*, Sezione Pratica, n. 38).

Il prof. VALAGUSSA conferma i risultati ottenuti dal collega Spolverini. Ricorda di avere esperimentato col vaccino di Nicolle e ottenuto il 10 % di risultati ottimi, il 20 % dubbi, il 60 % negativi. Prima di sperimentare col vaccino di Nicolle nel 1918, già nel 1917 ha vaccinato con le emulsioni di sputo pertossico i bambini attenendosi al metodo di Kriens. I risultati ottenuti con questo metodo sono stati superiori o per lo meno eguali a quelli ottenuti col vaccino di Nicolle e sopratutto il metodo è stato superiore per la vaccino-profilassi: ciò si deve forse secondo l'O. al fatto che il vaccino di Nicolle è povero di germi.

Il prof. MODIGLIANI crede che il metodo della vaccinoterapia sia veramente efficace se impiegato nel periodo iniziale della malattia.

Il problema quindi si riduce all'accertamento diagnostico precoce per mezzo dell'esame batterioscopico dell'espettorato e l'intradermo-reazione con un autolizzato del bacillo di Bordet e Geugou.

Il prof. LEVI DELLA VIDA espone il metodo da lui impiegato nella preparazione del vaccino.

Si stabilisce d'inviare copia del verbale sull'importante argomento alla Direzione di Sanità Pubblica per quelle deduzioni che credesse di trarre dai risultati ottenuti dagli sperimentatori.

Radioterapia del granuloma maligno.

Prof. P. ALESSANDRINI. — Facendo seguito alle altre comunicazioni su la radioterapia nei tumori l'O. espone i risultati ottenuti dall'applicazione di essa in un caso di granuloma maligno.

Sindrome da fame nei prigionieri di guerra italiani in Germania.

Prof. M. BOLAFFIO. — Ha osservato casi completi di questa sindrome frequente in Germania fra civili e prigionieri di guerra negli anni 1916 e 1917. Ne descrive il quadro clinico.

L'O. crede la sindrome dovuta specialmente alla quasi assoluta mancanza di grassi dovendosi attribuire ad essi una funzione non solo energetica ma anche regolatrice del ricambio. Egli interpreta la bradicardia come dovuta all'atrofia del miocardio, l'edema come originato nei tessuti da richiamo d'acqua per parte dei prodotti abnormemente abbondanti del catabolismo, la poliuria come di origine complessa, in cui hanno parte l'idremia, l'abnorme permeabilità degli endoteli dei capillari renali e probabilmente un'abnorme stimolazione degli epiteli glomerulari.

Sutura dell'aorta addominale per ferita da punta e taglio.

Prof. L. ZAPELLONI. — Riferisce su di un caso di ferita da punta e taglio dell'aorta addominale da lui operato con esito di guarigione all'ospedale della Consolazione.

Sugli effetti di una speciale dieta idrica settimanale in un caso di diatesi urica.

Proff. S. BAGLIONI ed E. MODIGLIANI. — Riferiscono su di una dieta idrica settimanale praticata da un collega affetto da diatesi urica con gravi manifestazioni e su gli effetti vantaggiosi da lui ottenuti mentre non era riuscito ad averne con nessun altro metodo di cura.

Su di una manovra abortiva dell'accesso di pertosse.

Prof. E. MODIGLIANI. — La manovra abortiva che l'O. ha constatata consiste nell'esercitare col dito una certa pressione nella regione immediatamente dietro all'osso zigomatico, sotto il ponte zigomatico, subito dietro il processo coronoide, e per conseguenza nel tratto che corrisponde alla parte anteriore dell'incisura sigmoidea della mandibola, durante l'accesso di pertosse; questo si arresta immediatamente. Se si sospende la pressione l'accesso riprende subito, se si ripete la pressione l'accesso cessa di nuovo. Essa perciò deve essere prolungata fino a che si ha la certezza che l'accesso non riprenda.

La compressione, se esercitata da un solo lato, è inefficace.

L'O. ritiene che l'effetto inibitorio sia dovuto ad un fenomeno riflesso consecutivo alla compressione meccanica dei nervi della regione.

Il prof. BIGNAMI ricorda la manovra abortiva già da tempo da lui praticata e come tali manovre spesso non esauriscono completamente l'accesso, che dopo qualche momento riprende colla stessa intensità iniziale.

Intradermo-reazione nella pertosse.

Proff. E. MODIGLIANI e DE VILLA. — Il prof. De Villa anche a nome del prof. Modigliani riferisce su l'intradermo-reazione nella pertosse, con un autolizzato di C. di Bordet e Geugou preparato dal prof. Levi, da loro praticata e sui risultati ottenuti. Con tale metodo, se ulteriori esperienze consentiranno agli AA. di addivenire a conclusioni concrete si potrà diagnosticare la pertosse nel periodo iniziale della malattia nel quale riesce sommamente difficile differenziarla da una bronchite acuta, da un catarro naso-faringeo, ecc. e dalle così dette forme fruste.

Sulle sostanze dell'urina che spiegano azioni di vitamine.

Dott. F. CURATOLO. — L'O. riferisce alcuni esperimenti eseguiti sui colombi affetti da polineurite. Gli animali ammalati sottoposti alla somministrazione dell'urina del coniglio, alimentato con foglie fresche di cavolo e crusca, guarirono completamente. Essi trattati a lungo con la dieta di riso brillato e pochi c.c. di urina non presentarono nessun disturbo nervoso e si mantennero nelle più perfette condizioni di vita. Le vitamine che il Funk estrasse dalla crusca di riso e dal lievito di birra, risolvono la polineurite acuta (forma spastica), non quella cronica (forma paralitica), soltanto per pochi giorni, indi si ha recidiva. L'urina del coniglio, invece, cura il processo polineuritico completamente, guarendolo in modo definitivo. Le sostanze dell'urina che spiegano azioni di vitamine non hanno nulla da fare con i sali inorganici in essa contenuti. I sali, infatti ottenuti con la calcinazione dell'urina, si sono mostrati del tutto inefficaci nei colombi affetti da polineurite sperimentale. Si ritiene, quindi, che nell'urina del coniglio si trovino molte sostanze capaci di compensare *in toto* l'alimentazione incompleta. Gli esperimenti continuano per la ricerca delle sostanze dell'urina che sono particolarmente attive.

Il caffè e le vitamine.

Dott. PIETRO DI MATTEI — L'O. ha eseguito alcuni esperimenti diretti a precisare il meccanismo d'azione delle vitamine, a stabilire il compito compensatore dell'infuso di caffè, a indagare le modificazioni indotte sulla resistenza organica e sul ricambio dalle ipervitaminosi. (Cfr. questo periodico, n. 37).

E. GROSSI.

Accademia Gioenia di Scienze naturali in Catania.

Seduta del 30 giugno 1920.

Le inalazioni di ammoniaca e la secrezione bronchiale.

A. CAPPARELLI. — Le inalazioni di ammoniaca diminuiscono immediatamente la secrezione bronchiale nelle ipersecrezioni infiammatorie sino a farla cessare. Esse sembrano influenzare favorevolmente anche i processi tubercolari polmonari modificando l'escreato ed abbassando la curva termica.

Sulla presenza di proteasi e peptasi nell'epatopancreas dell'Aplisia.

G. RUSSO. — Col dosaggio delle varie frazioni dell'azoto, l'O. potè dimostrare la presenza di enzimi proteolitici e peptolitici.

Di alcuni fatti nuovi sul modo di agire delle peptasi.

G. RUSSO. — L'O. dimostra che in determinate condizioni, l'aggiunta di piccole quantità di un polipeptide può avviare o provocare un processo peptidolitico a carico di altri peptidi che altrimenti non sarebbe avvenuto o si sarebbe svolto molto lentamente.

Le attività enzimatiche del bombice del gelso in rapporto con l'ambiente nutritivo nei diversi stadi dello sviluppo.

G. RUSSO. — Le ossidasi sono quasi del tutto assenti: gli enzimi proteolitici e peptolitici sempre presenti in tutte le fasi: le amilasi, le invertasi e l'enzima glicolitico sono presenti solo nelle prime fasi larvali: sono pure presenti enzimi a funzione sintetica.

Il fegato grasso nei morti di fame.

A. PETRONE. — L'O. illustra uno speciale e costante reperto anatomo-patologico ed istologico a suffragio dell'accertamento medico-legale della morte per inanizione.

Diazoreazione di Ehrlich, reazione di Weiss e blumetil-reazione.

S. ARADAS. — L'O. afferma la superiorità della blumetilreazione sulle due precedenti

S. ARADAS. — *Il vapore di iodio per la cura e la profilassi della tubercolosi polmonare.*

S. CITELLI. — *Sull'esistenza di un flemmone peritonsillare congestivo.*

Una nuova malattia del seno sfenoidale.

S. CITELLI. — L'O. ha osservato ed operato un'inferma che presentava prolasso della mucosa del seno sfenoidale. La mucosa prolassata occludeva la coana sinistra sotto forma di un polipo piriforme pieno di liquido siero-ematico.

Effetti della irradiazione dell'ipofisi nell'asma bronchiale.

M. ASCOLI e A. FAGIUOLI. — Espongono i risultati ottenuti in cinque pazienti affetti da asma bronchiale e trattati con lievi irradiazioni dell'ipofisi. L'effetto fu sensibile: si osservò che gli accessi si distanziarono, si fecero più brevi e leggeri ed in un caso scomparvero completamente.

S. CITELLI. — *Mixedema acuto febbrile epidemico con stenosi tracheale.*

S. CITELLI e P. CALICETI. — *Due casi inoperabili di carcinoma cutaneo nasale e dell'orecchio guariti coll'anidride arseniosa.*

G. IZAR. — *Sulla reazione meiostagmica nei tumori maligni. Nota XIX.*

G. IZAR. — *Sulla reazione meiostagmica modificata (R. M. P.) in alcune febbri da infezione.*

Sul metodo di Kaup per la prova della fissazione del complemento nella sifilide.

G. IZAR. — L'O. apporta alcune modifiche alla tecnica del metodo di Kaup e dall'esame in parallelo di 464 sieri col metodo di Kaup modificato e col metodo originale del Wassermann giunge alla conclusione che il primo metodo è molto più sensibile del secondo e dà modo di controllare con notevole precisione l'esito di una cura specifica.

Prove di flocculazione per la diagnosi di sifilide.

G. IZAR e S. RAPISARDI. — 1° Lo studio comparativo della R. W. col metodo di Kaup e della reazione di Sachs-Georgi in 219 sieri di soggetti non luetici ed in 148 sieri di soggetti luetici ha dato risultati concordanti nel 95 % dei sieri non luetici e nel 90 % dei sieri luetici.

2° Diversità di risultati si osservano coi sieri non luetici dotati di forte potere anticomplementare e coi sieri luetici che spiegano una debole proprietà fissatrice specifica.

3° L'antigene colesterinizzato perde dopo un certo tempo la sua attività specifica: una nuova addizione di colesterina lo riattiva.

4° La reazione di Sachs Georgi coi liquidi cefalo-rachidiani dà scarti molto sensibili.

I seni nasali ampiamente aperti dalla loro parete anteriore e raschiati si obliterano?

P. CALICETI. — Da ricerche eseguite sul cane l'O. ha potuto convincersi che, in seguito al raschiamento completo della mucosa, non si ottiene mai in seni suppuranti l'obliterazione della cavità.

Sui metodi Citelli nella cura e diagnosi delle sinusiti purulenti frontali e mascellari.

P. CALICETI. — L'O. afferma di aver ottenuto guarigione nelle sinusiti purulente acute e subacute ed ottimi risultati nelle forme croniche.

P. CALICETI. — *Contributo allo studio della mucosa del seno frontale e sfenoidale.*

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

DIAGNOSTICA.

Diagnosi differenziale fra bronchiectasia e tubercolosi.

Talvolta può essere fatta solamente con una anamnesi accurata ed un esame minuzioso dell'ammalato. Quando un paziente si presenta con una lunga storia di tossi e profusa espettorazione, consecutive a polmonite, in discreto stato di nutrizione, con una vita moderatamente attiva, specialmente se non si hanno brividi, febbre, sudori e tachicardia, e se l'esame ripetuto dell'espettorato è negativo, si può con tutta probabilità escludere che il paziente sia tubercolotico, anche se ha avuto emottisi (B. Stivelman, *Am. Journ. of med. sciences*, ottobre 1919). Se poi l'esame dimostra che sono interessati i lobi inferiori e liberi invece gli apici, la diagnosi di bronchiectasia può essere giustificata.

Sussidi diagnostici si avranno nell'inoculazione dello sputo alle cavie, nella radioscopia e broncoscopia.

Non bisogna dimenticare che, di regola, la tubercolosi estesa alla base rappresenta una fase terminale ed è associata con compartecipazione bilaterale dei lobi superiori e con spiccati sintomi di tossiemia.

fil.

L'importanza diagnostica delle adenopatie toraciche laterali.

S. Plaschkes (*Wiener Klinische Woch.*, 1920) richiama l'attenzione sull'importanza che dobbiamo attribuire al rilievo di ghiandole linfatiche nella linea ascellare media dei due lati del torace e specialmente in corrispondenza del quarto spazio intercostale a sinistra e del quinto spazio intercostale a destra.

Le osservazioni fatte dall'A. portano ad escludere un nesso etiologico fra queste ghiandole e gli organi interni limitrofi (polmoni, pleure, diaframma, ecc.).

Frohse nota il fatto che i vasi linfatici di tali ghiandole sono in connessione con i tessuti della cute toracica inferiore e della regione dell'epigastrio: in considerazione di ciò e delle osservazioni fatte nel reparto dermatologico di Oppenheim, l'A. conclude che verosimilmente le notate tumefazioni ghiandolari negli adulti per lo più sono l'esponente di affezioni cutanee nel territorio cutaneo toracico inferiore ed epigastrico: talora di processi flogistici cronici del peritoneo parietale o della pleura costale.

MONTELEONE.

CASISTICA E TERAPIA.

Quando deve alzarsi la puerpera?

È tuttora vivace il dibattito fra i sostenitori del lungo riposo della puerpera (almeno 3 settimane) e quelli che invece consigliano che essa si alzi dopo due o tre giorni. S. Vanverts (*Revue française de gynécologie et d'obstétrique*, 15 marzo 1920) esamina la questione dal punto di vista pratico, nel caso di parti normali, poichè, naturalmente, la distocia e l'infezione esigono un riposo prolungato.

Lo scopo principale di far rimanere la puerpera a lungo in letto è quello di attendere che l'utero abbia raggiunto il suo volume quasi normale; ciò per altro non si otterrebbe che entro sei settimane circa, periodo eccessivamente lungo. Nella maggioranza dei casi, la restaurazione completa degli organi genitali si ottiene in tempo abbastanza breve. Si sono voluti attribuire al lungo riposo in letto diversi vantaggi, in confronto di pericoli a cui esporrebbe l'alzarsi precocemente. Questi ultimi sarebbero i seguenti:

a) *L'embolia.* — Si comprende che è da proibire l'alzarsi, quando esista un aumento nella frequenza del polso, che possa far temere lo sviluppo di una trombosi settica od asettica; tale precauzione però è ben lungi dal garantire in modo assoluto che embolie non avverranno. Invece, quando manca qualsiasi fenomeno anormale, non si ha affatto ragione di pensare allo sviluppo di una trombo-flebite e sarebbe esagerato il prescrivere il riposo in letto con il pretesto di impedire un embolismo affatto eccezionale.

b) *Il prolasso vagino-uterino.* — Eliminato il caso in cui il peritoneo è stato suturato ed il riposo in letto è necessario per assicurare la cicatrizzazione delle ferite, la parte principale, nella genesi del prolasso genitale, come nel rilasciamento della parete addominale, è data dalla cattiva qualità dei tessuti. Si vedono quindi differenze notevoli, fra donne trattate allo stesso modo: prolungate il riposo in letto per diverse settimane, circondate l'addome con una cintura stretta, e non arriverete ad impedire le ptosi nelle donne con cattivi tessuti. Anzi l'alzarsi relativamente precoce potrà essere vantaggioso in tali casi, purchè la puerpra non si affatichi ed a condizione di sostenere la parete addominale con una cintura od un busto-cintura bene adattato.

Gli ostetrici che sostengono che la puerpera debba alzarsi dopo 2-3 giorni si appoggiano su

ragioni essenzialmente teoriche, basandosi specialmente sul fatto che il parto è un atto fisiologico. Ora la donna, che ha subìto il traumatismo del parto, la perdita del sangue, che ha tuttora nell'utero la ferita estesa e sanguinante, ha pure bisogno di un congruo periodo di riposo.

Nelle ore che seguono il parto lasciamola dunque riposare, senza esigere però che mantenga la posizione orizzontale od anche il decubito dorsale assoluto; quando poi essa lo desideri, permettiamole di prendere la posizione che preferisce, di sedersi, di muoversi. Questa mobilizzazione spontanea costituisce la migliore ginnastica ed evita la maggior parte degli inconvenienti, che si rimproverano al soggiorno in letto: l'appetito rimane buono, lo scolo dei lochi è facilitato, la ritenzione d'urina cede se non si ricorre al cateterismo; così pure la defecazione, talora impossibile in posizione orizzontale, si compie più facilmente nella posizione abituale.

La donna, poi, potrà alzarsi quando l'utero avrà compiuto una parte della sua involuzione; non si deve più sentirne il fondo con la palpazione addominale: lo scolo lochiale deve essere nullo ed insignificante. Ciò si verifica dal 9° al 15° giorno dopo il parto.

Non si possono ad ogni modo fissare regole assolute, ma si deve giudicare dalle condizioni individuali.

L'argomento è stato altresì oggetto di discussione al recente Congresso di Bruxelles. Secondo Bourcart, l'alzarsi precoce ovvia ai danni della stasi (renale, epatica, uterina, degli arti inferiori) ed accelera il peristaltismo intestinale. Esso costituisce quindi una buona misura, ma va autorizzato soltanto quando si è ristabilito l'equilibrio addominale e quando sono compensati i disturbi provocati dal parto: va inoltre preceduto dalla posizione seduta e da esercizi muscolari dell'addome.

Brouha conclude pure per la pratica del trattamento mobilizzatore, con movimenti passivi degli arti inferiori e del tronco, seguiti poi da movimenti attivi. Il metodo va applicato al 3° giorno dopo il parto; al 5° giorno egli autorizza il trasporto sopra una poltrona a sdraio, al sesto fa rimanere la puerpera in piedi per qualche minuto.

Secondo Bouchacourt, il decubito prolungato disturba la secrezione lattea, causando l'anemia della regione toracica. Pierra mobilizza pure le puerpere precocemente, lasciando compiere, il giorno dopo il parto, i movimenti fisiologici.

fil.

Sulla terapia dell'aborto febbrile.

Le opinioni, secondo Zelnik (*W. Klin. Wochenschrift*, n. 27, 1920), sono discordi riguardo al modo in cui si deve comportare il medico di fronte ad un aborto febbrile. Mentre alcuni (Winter, Zangemeister, Waltkard, ecc.) raccomandano di evitare ogni intervento, onde non provocare la propagazione dei germi nelle vie linfatiche e sanguigne, altri (Hamm, v. Franqué, Schottmüller) insistono sulla necessità di un intervento, onde evitare la proliferazione dei germi nell'utero contenente residui ovulari in decomposizione.

L'A. ha trattato 144 aborti febbrili con l'intervento, 122 senza intervento (riposo, vescica di ghiaccio, ergotina). La percentuale di guarigioni complete (79 %) risultò identica nelle ammalate trattate coi due metodi. Nei casi trattati con buoni risultati senza l'intervento, la cessazione della metrorragia, la scomparsa della febbre, la chiusura del canale cervicale e il rimpiccolimento dell'utero indicavano che i residui ovulari erano stati espulsi spontaneamente. Nei casi nei quali la metrorragia non cedeva si dovette naturalmente intervenire. In seguito a questi risultati, che indicano che l'intervento non va congiunto a pericoli maggiori che la terapia aspettante, l'autore interviene in tutti i casi di aborto febbrile, tranne i casi nei quali esistono alterazioni infiammatorie nei dintorni dell'utero.

POLLITZER.

Neuriti puerperali.

G. Ballerini (*Annali di ostetr. e ginec.*, anno XLI, n. 1-2), sulla scorta di due casi di neurite sciatica e di due casi di nevralgia lombare del puerperio, discute precipuamente l'eziologia delle neuriti puerperali. Ammessa per i primi due casi l'influenza determinante del fattore traumatico, egli crede però che possano concorrere speciali anomalie di conformazione del bacino e della colonna lombare o anomalie di decorso delle radici. Per le neuriti e nevralgie lombari l'A. esita con ragione a considerarle di origine tossica, come fa la maggior parte degli AA. e crede che spesso non si possa escludere un fattore traumatico. Ma sarebbero delle tossine ben singolari quelle del puerperio, che andrebbero a colpire — guarda combinazione! — proprio solo i nervi del bacino, mentre tutte le altre tossine, anche quelle gravidiche, colpiscono a preferenza nervi cranici o del plesso brachiale. (*Nota del red.*).

BIL.

Le salpingiti basse.

Γ. Asteriadès (*Thèses de Lyon* e *Presse médicale*, 23 giugno 1920) riserva tal nome alle forme, che occupano il cul di sacco del Douglas e si trovano in contatto con la faccia posteriore dell'utero.

La caratteristica clinica è il *dolore*, che fa di queste pazienti delle vere inferme, e che è funzione della localizzazione anatomica e non della gravità del processo. Le cause di questo dolore sono da attribuirsi: *a*) alla particolare sensibilità del cul di sacco del Douglas a cui sono vicini i plessi sacrali ed ipogastrici; *b*) a compressione sulle trombe e sulle ovaie; *c*) a sensibilità dei legamenti utero-sacrali, che, per il fatto di contenere filamenti nervosi, hanno una sensibilità propria; *d*) a lesioni concomitanti dell'utero, intestino, epiploon.

L'impotenza funzionale, risultante dalle manifestazioni dolorose, esige un trattamento chirurgico, consistente nella laparotomia.

Quando si tratti di lesioni gravi bilaterali, si procederà alla isterectomia, altrimenti basterà la salpingopessi, con o senza isteropessi; nelle forme con obliterazione cicatriziale del padiglione si farà anche la salpingostomia.

fil.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Sulla termogenesi.

Levi (*Compt. Rend. de la Soc. de Biol.*, 1920, n. 10), trattando dell'instabilità termica nei piccoli stati tiroendocrinici, attribuisce a fasi opposte del funzionamento tiroideo l'ipo- o l'ipertermia in modo simultaneo o successivo, osservata non raramente nello stesso soggetto.

L'introduzione alimentare di ormoni tiroidei dà appoggio a questa spiegazione: l'autore riferisce di due pazienti, reumatizzati cronici, nell'uno dei quali l'ipertermia sostituì l'ipo- in seguito all'ingestione di nove milligrammi di polvere tiroidea in nove giorni consecutivi, di 40 milligrammi in 8 riprese nell'altro. Nell'instabilità termica simultanea, pur essendo innegabile l'intervento del sistema nervoso, non si deve rigettare il meccanismo tiroideo, che rende sensibili i centri termici.

L'autore ritiene identica la genesi dello squilibrio termico, che si verifica sia nell'ingestione di ormoni tiroidei, sia nella loro penetrazione nel sangue, al momento delle emozioni o dei mestrui.

fil.

Raffreddamento del corpo ed infezioni faringee e tonsillari.

S. Madd e S. B. Grant (*Journ. of med. res.*, maggio 1919) hanno potuto provocare un abbassamento termico della pelle e delle mucose delle prime vie respiratorie e digerenti, senza influenza apprezzabile sulla temperatura e pressione del sangue. Il raffreddamento cutaneo provoca una vaso-costrizione reflessa della pelle della testa e del collo, seguita da vaso-dilatazione. La vaso-costrizione è accompagnata da una ischemia delle mucose palatine, amigdalina e naso-faringea, senza che l'interruzione del raffreddamento porti un ritorno assoluto alle condizioni normali. Vi può quindi essere una rottura dell'equilibrio fra i batterî normali e le mucose, donde facilità perchè si verifichi un'infezione in conseguenza del raffreddamento cutaneo.

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1199) *Per disossidare i ferri chirurgici.* — All'abb. n. 11806:

Asportare la ruggine con tela smerigliata finissima (2 o 3 zeri), oppure con polvere di pomice, adoperata con una bacchetta sottile di legno dolce, umettando con olio. Ingrassare indi l'istrumento con olio o meglio con lanolina. Se il danno è esteso e la nichelatura ha molto sofferto, non c'è che rivolgersi al fabbricante che (fino a un certo punto) potrà rimediarvi.

T. F.

(1200) *Sulla tecnica della reazione di Sachs-Georgi.* — Al dott. Giuseppe Della Valle, Mantova:

La preparazione dell'estratto di cuore colesterinizzato, per la prova di Sachs-Georgi, essenzialmente consiste nel triturare in mortaio, finemente tagliuzzati 20 gr. di di cuore di bue con 100 gr. di alcool a 96°: si tiene tale estratto per due ore a 65° C. (in bagnomaria) e quindi per 12 ore a temperatura di stanza: si filtra e al filtrato si aggiungono 200 gr. di alcool a 96° e 13.5 cmc. di soluzione alcoolica di colesterina 1 %. Per i dettagli, specialmente importanti, sul modo di impiegare, diluendolo al momento dell'uso, tale estratto si può consultare il lavoro di Moreschi — sul significato e sul valore clinico della reazione di Sach-Georgi per la diagnosi della sifilide — pubblicato in « Haematologia », Arch. italiano di ematologia-sierologia, 1920, fasc. II, p. 222.

La colesterina è compresa nel listino di Carlo Erba — Milano; non abbiamo però esperienza per affermare o meno che tale qualità di colesterina si presti per la preparazione dell'estratto per la Sachs-Georgi. Per il glicocolato sodico, e al caso anche per la colesterina, converrà rivolgersi a qualche casa estera di prodotti chimici (Poulenc frères, Parigi; Merk, Darmstadt; Kahlbann, Berlino).

LEVI DELLA VIDA.

(1201) *Iniezioni di latte.* — Ai dott. M. Messina, L. M. Castelluccio de' Sauri e abb. 6265 C. P.:

La pratica della proteinoterapia nelle malattie infettive e nelle affezioni oculari è stata largamente adoperata in questi ultimi tempi. Su di essa, come sulla bacterioterapia specifica, una larga letteratura moderna esiste, diffusa in tutti i periodici stranieri ed italiani.

Fra le sostanze più frequentemente adoperate è il latte, sterilizzato a 100°, *inoculato per via sottocutanea o intramuscolare* nella quantità di 1-5-10 cm³ per dose, con tregue intervallari di uno o più giorni. L'iniezione, che si pratica nella regione esterna delle cosce, sul dorso, nella parete addominale, se per via sottocutanea; nelle masse glutee, se per via intramuscolare, provoca modica, talora intensa reazione locale e frequentemente spiccata reazione generale febbrile (fino a 39°-39°.5).

Circa i risultati si deve riconoscere che tale pratica terapeutica non ha ancora il compenso di tutti gli sperimentatori: accanto a lodi certo esagerate, che presentano il latte come un rimedio *bon à tout faire*, bisogna porre il giudizio riservato o scettico di ricercatori coscienziosi. Alla pratica tumultuaria del primo momento seguirà la revisione accurata e serena, che porterà la giusta nota e darà elementi per una esatta indicazione ed un giusto uso nella pratica medica.

t. p.

(1202) *Tifi e paratifi: diagnosi clinica.* — Al dott. N. G., San Rufo:

Il paratifo A e B possono determinare nell'organismo umano sindromi morbose che dal tifo si allontanano nel quadro clinico (gastroenteriti acute) e sindromi generali che, per la loro perfetta somiglianza clinica col tifo, sono da alcuni denominate *Paratifo addominale*.

La diagnosi differenziale col tifo naturalmente va posta per queste ultime forme. Il modo brusco d'insorgenza, il predominio dei fenomeni intestinali, la lunghezza del decorso, la rarità delle enterorragie, la minore gravità, i caratteri delle feci, il tumor di milza più o meno considerevole, ecc., sono stati portati all'onore di caratteri clinici differenziali dai vari osservatori. Chi ha esperienza di malati di tal genere (e la guerra ha notevolmente allargata l'esperienza comune), sa quanto spesso tali mezzi di diagnosi differenziale siano fallaci e come il tifo ebertiano possa insorgere bruscamente, dare imponenti disturbi intestinali, prolungarsi per mesi, e determinare sindromi attenuate, con lieve e grosso tumor di milza; sa che il paratifo, sia esso il tipo A o il tipo B, può insorgere subdolamente e lentamente progredire, decorrere come un tifo comune, presentare qualche volta anche enterorragia. Le sindromi, nei casi particolari, dinanzi ai quali il medico deve emettere il suo giudizio, si confondono a tal punto, che è miglior partito lasciare la decisione *all'esame bacteriologico culturale*, e in mancanza di esso *alla sierodiagnosi*, praticata con particolari accorgimenti, oramai di pratica corrente.

t. p.

(1203) Al dott. C. M. da P.:

Consigliamo: COURTOIS-SUFFIT e GIROUX, *La cocaine*. Editore Masson di Parigi.

dr.

(1204) Al dott. V. A. Pansini, da Molfetta:

Sul liquido Carrel-Dakin cfr. questo periodico, 1917, pag. 1023, 1168.

VARIA

Il bolscevismo dei cartai.

La crisi che si è abbattuta sull'industria editoriale si rende sempre più acuta, in tutti i paesi civili.

Essa colpisce duramente la stampa medica, la quale conduce quasi dovunque una vita grama, in quanto che ne esula ogni intendimento di speculazione industriale su larga scala.

In questi ultimi mesi i giornali medici a forte tiratura — ossia quelli che fanno maggiore consumo di carta — sono stati costretti, quasi tutti, di buona o di cattiva voglia, talvolta conformandosi a provvedimenti legislativi, ad innalzare il prezzo di abbonamento, malgrado l'anno fosse già inoltrato e quindi il contratto con gli abbonati fosse da considerarsi come concluso.

Ciò tanto in Francia quanto in Inghilterra, tanto in Germania quanto in Italia....

Purtroppo però il provvedimento si dimostra ancora inadeguato, a causa dei continui, fantastici, assurdi aumenti nel prezzo della carta. Già si levano insistenti le voci di protesta contro l'esosa ingordigia dei produttori di carta, ai quali deve imputarsi la causa principale della crisi. Solo in linea subordinata ed accessoria v'intervengono anche il rincaro della mano d'opera tipografica, l'inasprimento delle tariffe postali, le maggiori spese generali.

I fabbricanti di carta, i quali prima della guerra si contentavano di un guadagno onesto, ora sono capaci di raddoppiare, in un anno, i loro capitali, grazie al tacito *trust* che impone prezzi enormi, senza controllo e senza rischi.

È stato formulato un quesito: i fabbricanti di carta sono dei bolscevichi? Rispondiamo: senza dubbio; difatti una caratteristica dei bolscevichi è quella di arricchirsi sulla rovina degli altri, mentre gli industriali benemeriti sono quelli che creano la ricchezza a beneficio non soltanto proprio, ma anche della collettività.

L'industria libraria pericola, le riviste scientifiche e letterarie agonizzano, l'irradiamento del pensiero langue... Che importa tutto ciò ai fabbricanti di carta? Essi si arricchiscono a spese dell'intelligenza e della coltura; il livello mentale si abbassa; in che cosa tutto ciò può affliggerli? Molte riviste mediche si estinguono, altre sono minacciate dalla stessa sorte; tutte peggiorano la qualità della carta fino all'indecenza, riducono la mole, diradano la periodicità, oppure debbono sostenere come il « Policlinico » gravissimi sacrifici, impegnando l'avvenire; la loro efficienza si riduce, il loro compito umanitario ne soffre; ma i cartai non se ne addolorano, dal momento che essi non ne risentono alcun danno immediato... Fanno la propria fortuna, e ciò basta per essi.

Se il mostruoso *trust* dei cartai potesse debellarsi, quali benefizi ne deriverebbero!

Dovere imprescindibile dello Stato dovrebbe essere quello di preoccuparsi di siffatto arresto ormai imposto alla produzione editoriale.

A dire il vero, il nostro Ministro dell'industria qualcosa ha fatto, imponendo gli aumenti di prezzo agli abbonati di alcuni periodici di medicina e cominciando a far ottenere la carta a condizioni non del tutto disastrose; ma si tratta di palliativi: sarebbe desiderabile che egli potesse e sapesse colpire il male alle radici, per esempio incoraggiando qualche iniziativa privata, qualche cooperativa che fornisse la carta per riviste e che ci liberasse dall'attuale regime trustista.

Tutti gli uomini di pensiero lo ammirerebbero; tutta la Nazione gli dovrebbe gratitudine.

R. B.

CENNI BIBLIOGRAFICI

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

A. ZIVERI: *Manuale di Psichiatria.* — Unione Tipografico-Editrice Torinese. Torino, 1920. Prezzo L. 28.

Il manuale di Psichiatria dello Ziveri fa parte della splendida collana di manuali di medicina, la cui pubblicazione è stata iniziata dalla benemerita Unione Editrice Torinese con lusso tipografico veramente encomiabile. Il libro, come tutti quelli della collana, ha intenti puramente pratici, e raccoglie in una sintesi chiara tutto quello che di malattie mentali deve sapere lo studente per poter convenientemente sostenere gli esami, tutto quello che è necessario al medico pratico per potersi orientare quando si trovi di fronte ad un alienato.

dr.

OSSIP-LOURIÉ: *La graphomanie.* — Editore Félix Alcan, Parigi. — Prezzo fr. 7.50.

Il libro sulla grafomania completa quello precedentemente pubblicato dallo stesso autore sul linguaggio e la verbomania. Il volume si inizia con una diffusa dissertazione sulle origini e sulla psicologia del linguaggio scritto. Segue la definizione e la distinzione delle varie forme di grafomania, come sintomo di malattie mentali e come forma morbosa monosintomatica. Capitoli densi di acume psicologico e di dottrina letteraria sono quelli dedicati alla grafomania letteraria, alla mania della lettura ed alla bibliomania. Si tratta di uno studio psicopatologico che desta il più vivo interesse.

dr.

M. CAMIS: *Il meccanismo delle emozioni.* — Editori F.lli Bocca, Torino. — Prezzo L. 9.

La letteratura sulla fisiopsicologia delle emozioni è molto abbondante, ma, sopratutto in Italia, è sparsa in monografie ed articoli, per modo che manca un'esposizione sintetica di quanto è acquisito alla scienza su questo argomento. Il Camis nel suo libro espone tutte le dottrine, tutte le teorie avanzate per spiegare il meccanismo delle emozioni, tutte le indagini sperimentali praticate per risolvere l'intricato ed appassionante problema.

L'esposizione è fatta con critica serena, obbiettiva, con forma chiara, elegante.

L'argomento del libro è certamente fra i più interessanti, ed il Camis l'ha trattato con tanta signorilità, con lingua tanto italianamente pura, da renderne dilettevole la lettura.

dr.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Per la lotta contro la malaria.

La *Gazzetta Ufficiale* del 4 agosto 1920, n. 183, reca un decreto del Ministro per l'Agricoltura con cui:

Ritenuto che occorre intensificare e coordinare le iniziative che il Ministero per l'Agricoltura assume direttamente, per quanto riguarda le speciali esigenze della colonizzazione interna, nella lotta contro la malaria sotto la triplice forma delle campagne larvicide, della distruzione dell'anofele e del risanamento del suolo, in relazione ai progressi della scienza malariologica ed ai mezzi tecnici più efficaci a compiere la lotta stessa;

Sulla proposta del Direttore Generale della colonizzazione e del Credito agrario; decreta:

Art. 1. — È istituita presso la Direzione Generale della Colonizzazione e del Credito agrario una Commissione di sette membri di cui cinque esperti negli studi di malariologia, un rappresentante della Direzione Generale della Sanità pubblica ed un funzionario tecnico della Direzione Generale della Colonizzazione, nominati con successivo decreto.

Art. 2. — Spetta alla Commissione: formulare i programmi delle campagne antimalariche; esprimere parere sulla più idonea soluzione dei problemi di malariologia agraria, anofelologia, pediologia, microbiologia agraria, biologia delle zone malariche; redigere i programmi dei concorsi a premi e sussidi da bandirsi periodicamente e presentare le proposte pel conferimento dei premi e sussidi stessi, anche per le iniziative attualmente in corso; ed in genere formulare tutte quelle proposte che crederà opportune per evitare alle popolazioni rurali i danni della infezione malarica.

Art. 3. — La Commissione è assistita da un funzionario della Direzione Generale della Colonizzazione con le mansioni di segretario.

Il Ministro: G. MICHELI.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8473) *Indennità caroviveri - Vaccinazione straordinaria - Compenso speciale per la epidemia vaiuolosa.* — Dott. V. C. di S. S. Q. — Non ha diritto a ricevere dal Comune la indennità caroviveri pel tempo che è stato sotto le armi perchè ha ricevuto nel frattempo quella dovutale dall'amministrazione militare, benchè, come dice, inferiore nel suo ammontare a quella comunale. Per la vaccinazione generale in caso di epidemia di vaiuolo, il medico condotto non ha diritto a speciale compenso ai sensi del disposto dell'art. 28 del regolamento generale sanitario. Se il locale d'isolamento è fuori dell'abitato, il Comune deve corrispondere i mezzi di viaggio. Se dalla Prefettura non ha potuto ottenere il certificato necessario per la liquidazione del compenso promesso dal Governo, può ben inviare gli atti, di cui è in possesso, direttamente al Ministero dell' Interno per ottenere l'assegnazione della somma.

(8474) *Concorsi - Età dei concorrenti.* — Dott. A. T. di S. — Ella non può essere esentata dal limite di età, perchè non ha prestato servizio in altre condotte come tassativamente richiede l'articolo 27 del regolamento generale sanitario.

(8475) *Soppressione di condotte.* — Dott. abbonato 625. — Dal momento che il testatore avea disposta l'istituzione costà di due condotte pei poveri e la distribuzione gratuita dei medicinali, la Congregazione di Carità, in cui quella Pia istituzione era stata concentrata, non avrebbe potuto disporre la soppressione di una delle due condotte e quella della cessione gratuita dei medicinali ai poveri, tanto più in quanto l'articolo 106 lettera *a* del regolamento amministrativo del 5 febbraio 1891, n. 99, esenta dal concentramento e, quindi, da trasformazione i sussidi per medicinali e per vitto agli infermi. Il Comune ben potrebbe reclamare ponendo in rilievo il danno derivato dalla soppressione alla popolazione, che avrebbe perduto una condotta ed i medicinali gratuiti. Ma occorre sapere se sieno ancora aperti i termini per ricorrere e se alla soppressione si addivenne a seguito della sola deliberazione della Congregazione di Carità.

(8476) *Concorso - Illegale costituzione della Commissione giudicatrice.* — Al dott. A. S. da B. — Contro il verbale della Commissione giudicatrice non si può ricorrere che solo per ragioni di legittimità, e, cioè, per violazione di legge. La ragione di nullità è costituita dalla illegale sua composizione di cinque membri in luogo di tre. Anche senza ricorso, il Consiglio Comunale potrebbe, per lo stesso motivo, non nominare alcuno dei classificati ed annullare il concorso perchè esperito da una Commissione composta in modo non conforme a legge. Nè potrebbe affidare ad una nuova Commissione formata regolarmente da tre persone l'esame dei soli concorrenti presentatisi al concorso, perchè la Commissione deve essere nominata prima del concorso e non dopo, e vi sarebbe indubbiamente lesione di diritti per coloro che potrebbero vedere mutata la loro sorte. Trattandosi di un provvedimento definitivo il verbale può essere impugnato per violazione di legge dinanzi la IV Sezione del Consiglio di Stato nel termine di giorni 60 dalla notifica.

(8478) *Congedo annuale - Interinato.* — Dott. G. B. da C. — Il medico interino non può usufruire del congedo annuale nè di licenze speciali per motivi di famiglia perchè tanto l'uno quanto le altre sono concesse esclusivamente al medico condotto titolare e non a chi temporaneamente lo sostituisce.

(8479) *Ricerca di documenti.* — Dott. L. M. da P. — Non risulta che durante la guerra sia stata ordinata la consegna di tutte le lauree in medicina alla rispettiva Prefettura. Occorre che Ella dimostri di aver consegnato la sua all'ufficio di quella Prefettura. Trattandosi di un documento di rilevante importanza l'ufficio ricevente avrebbe dovuto rilasciare ricevuta. Ora non può nulla dimostrare e, quindi, nulla pretendere giudiziariamen-

te. Potendo essere sicuro del tempo in cui avvenne la presentazione del documento e della persona cui fu consegnato, faccia pratiche amichevoli per rintracciarla e riaverlo. Faccia anche indagini al Consiglio dell'Ordine della Provincia.

(8480) *Capitolati medici - Impugnativa.* — Dott. R. C. da M. — Contro le deliberazioni della G. P. A. con cui si approvano capitolati di condotte medico-chirurgiche è aperto adito al ricorso al Governo del Re giusta l'articolo 222 della legge comunale e provinciale. Il ricorso dovrà essere intestato al Ministero dell'Interno, deve essere steso su carta da bollo da lire 2 e prodotto entro il termine di giorni trenta. Si avverte che la facoltà di ricorrere per tale articolo di legge è riservata solamente ai Consigli Comunali ed ai Prefetti.

(8482) *Esibizione di titoli a concorsi pubblici.* — Dott. A. A. da B. — La legge ed il regolamento sanitario non danno norme precise per lo invio dei documenti in caso di partecipazione contemporanea a più di un concorso per medico condotto. Si trova un accenno di modalità solamente nello articolo 75 del Regolamento del 19 luglio 1906 a proposito dei concorsi per la nomina ad ufficiale sanitario, in cui è detto che occorre inviare un doppio elenco dei titoli per averne restituito uno con annotazione di ricevuta. Però questa ultima modalità è intesa evidentemente ad assicurare l'interessato del recapito dei documenti, ma non a provvedere alla contemporanea esibizione di titoli in più concorsi. Nella mancanza di norme speciali è, quindi, lecito applicare quelle che la legge Comunale e Provinciale stabilisce per i concorsi di tutti gli impiegati comunali, fra cui è compreso anche il medico condotto. La decisione della Commissione giudicatrice con cui è stata, per lo indicato motivo, esclusa dal concorso, non è, pertanto, legale e può essere impugnata per violazione di legge innanzi alla IV Sezione del Consiglio di Stato nel termine di giorni 60 dalla notifica.

(8483) *Incarico provvisorio di ufficiale sanitario.* — Dott. V. C. da S. A. dei L. — Probabilmente Ella desiderava essere provvisoriamente incaricato delle funzioni di ufficiale sanitario, di fronte ad un collega anche provvisoriamente incaricato. Trattandosi di incarichi egualmente provvisorii, il Prefetto non avrà creduto smuovere l'attuale stato di cose. Si dovrebbe provvedere per il sollecito esperimento del concorso prescritto.

(8485) *Visite mediche in sostituzione del titolare della condotta.* — Dott. M. A. da S. G. — Nel caso esposto il compenso avrebbe dovuto essere pattuito prima di intraprendere servizio. Non essendo stato ciò fatto, è logico che sia corrisposto ai sostituti lo stipendio del titolare, essendo giusto compensare egualmente prestazioni eguali. Non crediamo però opportuno che sia iniziata contesa giudiziaria in mancanza di patti chiari e precisi nell'atto di assunzione. Sarebbe bene trattare amichevolmente e persuadere il Comune che i medici supplenti, in mancanza di speciali patti e condizioni, non possono essere pagati a visite, ma bensì a stipendio, valutabile alla stregua di quello che percepiva il titolare. Doctor JUSTITIA.

CONDOTTE E CONCORSI.

BALANGERO (*Torino*). — Condotta; L. 4500; alloggio; caro-viveri. Scad. 15 ottobre.

CAMINO (*Alessandria*). — Consorzio con Brisachetto; L. 4500 e L. 500 quale uff. san. Scadenza 15 ottobre.

CROCETTA TREVIGIANA (*Treviso*). — Condotta lire 6000 fino a mille poveri; per ogni povero in più lire 2; mezzo trasporto L. 1800; per uff. san. L. 600; alloggio e caro-viveri. Scad. 20 ottobre.

GAMBOLÒ (*Pavia*). — Condotta residenziale esterna; lorde L. 6500; quattro quadrienni del decimo; L. 1000 per i primi mille poveri; L. 3 per ogni povero iscritto in più; L. 800 per mezzo di trasporto. Scad. 16 ottobre.

MONASTER DI TREVISO (*Treviso*). — Condotta: L. 6000 fino a 1000 poveri; per ogni povero in più L. 2; mezzo trasporto L. 1800; quale uff. san. L. 400; caro-viveri; indennità disagiata residenza. Scad. 15 ottobre.

MONTESANGIUSTO (*Macerata*). — Condotta; lire 11,700 oltre caro-viveri. Scad. 25 ottobre.

RESIA (*Udine*). — Condotta; L. 7000; caro-viveri; indennità trasporto L. 2000; per uff. san. L. 700 e L. 1.50 per ogni povero in più di 1000. Scadenza 15 ottobre.

SANGIUSTINO (*Perugia*). — Condotta residenziale di Selci-Lama; L. 6000 per mille poveri; L. 2 annue per ogni iscritto in più; indennità residenza L. 1000; caro-viveri; tre quinquenni del decimo. Mezzi di trasporto a carico del Comune. Scadenza 20 ottobre.

Cercasi medico batteriologo Laboratorio vigilanza igienica di Zara. Stipendio iniziale mensile netto L. 800, più percentuale analisi. Rimborso spese di viaggio. Dirigere offerte, elencando titoli e breve riassunto carriera, al Governatorato, Ufficio Affari civili, Zara (Dalmazia).

Diffide e boicottaggi.

La Sezione di Alessandria dell'Associazione nazionale Medici Ospitalieri, visto il concorso a due posti di medico chirurgo aggiunto indetto dall'Amministrazione ospitaliera di Asti con l'annuo stipendio di L. 500 gravato del contributo alla Cassa pensioni, mentre ha diffidato tale concorso, invita tutti i colleghi ad astenersi dal prendervi parte.

Concorsi a premi.

BRUXELLES. *Académie Royale de Médecine de Belgique.* — Concorso al premio di Fr. 7500 fondato da un anonimo, sul tema: « Elucidare con fatti clinici ed eventualmente con esperienze la patogenesi e la terapia delle malattie dei centri nervosi e principalmente dell'epilessia »; scadenza 15 ottobre 1922. Potranno assegnarsi incoraggiamenti da Fr. 300 a 3000, agli autori che non avranno meritato il premio, ma i cui lavori fossero giudicati degni di ricompensa. Una somma di Fr. 5000 ed una di 25,000 potranno essere assegnate, oltre il premio di Fr. 7500, all'autore che avesse compiuto un progresso capitale nella terapia delle malattie dei centri nervosi: per es. la scoperta di un rimedio curativo dell'epilessia.

Concorsi d'Alvarenga de Planhy. Premio di 3500 franchi all'autore di un'opera o di una memoria inedita, su qualsiasi ramo della medicina; scadenza 15 gennaio 1921; premio di Fr. 800 sul tema: «Indicazioni, tecnica e risultati della sutura nervosa»; scadenza 15 luglio 1921; premi di Fr. 800 sul tema: «Eziologia e patogenesi dell'aborto epizootico della giumenta»; scadenza 15 luglio 1921.

Premio Melsens di Fr. 3000 sull'igiene professionale; riservato ad autori belgi.

Per informazioni rivolgersi al segretario dell'Accademia, dott. E. Van Ermengem.

TORINO. — La *Società piemontese di Igiene*, esaminando le condizioni difficili in cui si trovano molte famiglie per mancanza di persone di servizio, su proposta del presidente prof. Abba, ha deliberato di bandire un pubblico concorso, col premio di L. 1000 (in consolidato) da conferirsi a chi saprà, entro il 31 dicembre 1920, ridurre ad uso domestico ed economico (elettrico, a gas od a carbone), un apparecchio per la lavatura automatica delle stoviglie.

NOTIZIE DIVERSE.

Congresso italiano di Chirurgia.

Il 26° Congresso della Società Italiana di Chirurgia avrà luogo in Roma, al Policlinico Umberto I, nei locali della R. Accademia Medica, durante i giorni 6-7-8 del prossimo novembre.

I temi di relazioni che saranno presentate al Congresso riguardano: «La cura delle fratture» (relatore Dalla Vedova); «La chirurgia del cieco» (relatore Giordano) «e del colon» (relatore Mattoli).

In queste adunanze si discuteranno anche le modificazioni allo Statuto proposte dalla Commissione nominata nel Congresso di Trieste.

Per le informazioni rivolgersi alla R. Clinica Chirurgica, Policlinico Umberto I, Roma.

Congresso italiano di medicina interna.

Il 26° Congresso della Società Italiana di Medicina interna avrà luogo in Roma, presso la Clinica Medica, dal 3 al 6 novembre.

Verranno trattati i seguenti temi:

L. Giuffrè e C. Frugoni, *Asma bronchiale;*

C. Moreschi e A. Ferrata, *Linfogranulomatosi;*

P. Sisto, *Elettrocardiografia clinica* (rivista critica).

Per le informazioni rivolgersi alla R. Clinica Medica, Policlinico Umberto I, Roma.

Congresso italiano di ortopedia.

La XI adunanza della Società Italiana di Ortopedia si terrà in Roma, il 5 novembre, al Policlinico Umberto I.

Sono all'ordine del giorno, quali temi di relazione e di discussione:

Il trattamento ortopedico delle rigidità e delle anchilosi;

La cura delle paralisi spastiche;

L'odierno trattamento degli esiti della poliomielite anteriore acuta.

La Presidenza prega i Soci, che intendono partecipare ai lavori del Congresso, di mandare in tempo utile il titolo delle proprie comunicazioni, alla Segreteria della Società (presso la Clinica Ortopedica al Policlinco Umberto I, Roma).

Le relazioni saranno distribuite a stampa ai singoli soci, sempre che i signori Relatori ne consegnino tempestivamente i manoscritti alla Segreteria.

Sarà data notificazione dell'ordine dei lavori.

Congresso della Federazione tra i Brefotrofi.

Il III Congresso della Federazione nazionale tra i Brefotrofi avrà luogo — giusta il deliberato del Consiglio direttivo — a Napoli, nella terza decade di novembre.

I temi ed i brevi riassunti delle comunicazioni debbono essere rimessi per la fine di ottobre al prof. Tropeano, organizzatore del Congresso - Regio Stabilimento dell'Annunziata, Napoli.

Sarà inviato nei primi di novembre a tutti i Brefotrofi del Regno il programma completo dei Congresso.

Per ogni informazione rivolgersi direttamente al professore Tropeano.

Congresso internazionale di patologia comparata.

Come abbiamo già annunziato, nell'aprile del prossimo anno si terrà in Roma il secondo Congresso internazionale di patologia comparata.

Nella seduta di chiusura del primo Congresso internazionale del 1912, a Parigi, venne infatti scelta Roma quale sede del secondo Congresso, e l'organizzazione di questo fu affidata al prof. Perroncito. Dopo il lungo intervallo determinatosi per la guerra, il secondo Congresso internazionale, che avrà luogo in Italia, dovrà riuscire non inferiore al primo, per numero di aderenti e per la importanza delle questioni trattate.

Si è costituito un Comitato di organizzazione, sotto la presidenza del prof. Perroncito, composto dai professori Vittorio Ascoli, Golgi, Grassi, Lustig, Marchiafava, Paternò, Raffaele, Sanarelli, dal Generale medico di Marina prof. Rho, dai Direttori generali della Sanità pubblica e della Sanità militare, dal Colonnello veterinario Bortolotti.

Sono stati fissati alcuni temi d'indole generale, che potranno essere oggetto di relazioni; fra i vari argomenti accenniamo: influenza dell'uomo e degli animali; afta epizootica; nuove ricerche sul cancro e sarcoma; rabbia e vaccinazioni antirabbiche; peste dei ruminanti; peste dei polli; peste delle api; ciclo degli anchilostomi; pirosplasmosi; acari e scabbia dell'uomo e degli animali; ciclo degli ascaridi; ciclo evolutivo del *dibothriocephalus;* rigenerazione dei nervi; flaccidezza del baco da seta; simbiosi e parassitismo nei vegetali; resistenza dei parassiti animali e vegetali; fillossera; *diaspis pentagona* e *prospartella Berlesei*.

Le adesioni al Congresso (la cui quota è fissata in lire 40) devono essere inviate al Segretario generale del Comitato, prof. Mario Levi della Vida — Istituto di Igiene, Via Palermo, 58, Roma — al quale dovrà altresì indirizzarsi non oltre il 15

dicembre 1920 il titolo ed un breve cenno di riassunto (non più di 25 righe) delle relazioni e delle comunicazioni, intorno ad argomenti attinenti alla patologia comparata dell'uomo, degli animali e delle piante.

Conferenza interalleata per gl'invalidi di guerra.

In questi giorni si è tenuta a Bruxelles la quarta Conferenza interalleata per l'assistenza agli invalidi di guerra.

Un contributo speciale è stato dato dalla Delegazione italiana, di cui erano anima il gr. uff. prof. Riccardo Galeazzi e il comm. prof. Vincenzo Nicoletti.

Daremo prossimamente una breve notizia dei lavori.

Nella stampa medica.

L'*Archivio Italiano di Chirurgia* e la *Chirurgia degli Organi del Movimento* hanno iniziato la pubblicazione di un supplemento bibliografico, in cui vengono consegnate le recensioni dei lavori italiani e stranieri attinenti alla materia di ciascuno dei due importanti periodici, di cui esse accrescono i pregi.

La Croce Rossa per l'approvvigionamento di Fiume.

Con lettera del 17 settembre 1919 il Presidente del Consiglio dei Ministri affidava alla Croce Rossa Italiana il compito di vettovagliare la città di Fiume. La C. R. ha espletato l'incarico con una tecnica di organizzazione per la quale è stata vivamente elogiata dal Governo italiano e dalle Autorità di Fiume.

Falsi medici.

L'«Avvenire Sanitario» del 23 settembre 1920 raccoglie le seguenti notizie.

Un sedicente dott. Onesto Misurata, ex-infermiere, ha fatto per alcuni anni il medico interino a Montevarchi (Arezzo) ed a Pietralunga (Perugia). Si è lasciato scoprire per una *gaffe* commessa sostituendo il veterinario condotto assente. Il Tribunale di Perugia lo ha condannato in contumacia or è qualche settimana.

Più di recente si è accertato che un tal Ponsini potè fare il condotto interino a Castelnovo Monti (Reggio Emilia). Si era spacciato anche per libero docente e per maggiore medico, con relativi nastrini di guerra, ecc.

Anni or sono un certo Pedrelli, falsificate le votazioni degli esami speciali e conseguita una falsa laurea, potè esercitare liberamente la medicina, finchè non venne scoperto e condannato a quattro anni di reclusione; scarcerato, andò a fare il medico in Francia, d'onde, con la guerra, tornò in patria: riprese il suo esercizio professionale a Milano, dove riuscì a farsi accettare come sostituto da un noto professionista... È ora nuovamente imprigionato.

Non è avventato pensare che non pochi altri falsi medici siano attualmente in circolazione.

Ciò spiega forse come sia tanto difficile, ai laureati autentici, di trovare un posto libero d'interino, pur essendovi tanti concorsi *sub judice*.

Il giornale ricorda anche il caso occorso in Francia e del quale avemmo ad occuparci, del soldato Vacher, un droghiere di Lione creatosi ufficiale medico e che riuscì a dirigere per due anni tre ospedali militari a Nizza! Lo scandalo cui dette origine costò il portafoglio a Justin Godard, sottosegretario per la Sanità.

Demmo notizia circostanziata a suo tempo di un altro strano caso occorso in Inghilterra (cfr. fascicolo 24 del 1919); interessa ricordare che la scoperta venne provocata dal conferimento di una onorificenza al falso medico per i suoi meriti professionali!

La notizia da noi data in forma dubitativa nel fasc. 37 sotto il titolo «Chiusura di ospedali?» ci viene smentita, per quanto concerne il Manicomio di Teramo, il quale è amministrato da quella Congregazione di Carità, dal presidente della Congregazione stessa.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1920 - Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, *ed. resp.*

Anno XXVII Roma, 18 Ottobre 1920 Fasc. 42

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

RIVISTE SINTETICHE.

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA.

Sulle micosi del sistema respiratorio (1).

Dott. prof. CARLO BASILE, D. T. M. (London) libero docente di parassitologia.

Gli ifomiceti del sistema respiratorio sono conosciuti da molto tempo; già sin dal 1842 il Bennet descrisse un fungo, che egli denominò *Oidium pulmonum*, riscontrato nello sputo di pneumonici; ma è grande merito di Castellani di aver richiamato l'attenzione scientifica sull'azione patogena dei funghi (1905). Il Castellani ha descritto una serie di casi di bronchite cronica e subcronica nei quali la ricerca del bacillo tubercolare e della spirochete bronchiale era stata costantemente negativa; negative erano state anche l'oftalmo e la cuti-reazione. Dallo studio di questi casi egli ha accertato non solo la loro etiologia micotica, ma ha stabilito anche l'esistenza di una infezione primaria e di una infezione secondaria; questa ultima occorre insieme ad altre malattie.

Le affezioni micotiche del sistema respiratorio si possono considerare un'unità clinica

(1) I dati scientifici del presente lavoro sono stati raccolti in parte da conferenze tenute sull'argomento nel marzo-aprile u. s. dal prof. Aldo Castellani al Royal College of Phisicians of London ed alla London School of Tropical Medicine e dalla Memoria del dott. O. Magalhaes, *Su una nuova micosi umana*, pubblicata dall'Istituto Oswaldo Cruz (1918).

determinata da varie specie di funghi; perciò esse scientificamente si classificano in base al fungo che le determina; io riferisco la seguente recente classificazione del Castellani:

Nocardiasi causata da funghi del genere *Nocardia;* moniliasi causata da funghi del genere *Monilia;* mucormycosi causata da funghi del genere *Mucor;* aspergillosi causata da funghi del genere *Aspergillus;* penicilliosi causata da funghi del genere *Pennicillium;* emisporosi causata da funghi del genere *Hemispora;* oidiomicosi causata da funghi del genere *Oidium;* sporotricosi causata da funghi del genere *Sporotricum.*

Particolarmente frequenti nelle infezioni del sistema respiratorio sembrano, fino ad oggi, il genere *Monilia* ed il genere *Oidium.*

Caratteri degli ifomiceti patogeni. — I funghi vivono molto largamente in natura; è stato possibile isolare funghi del genere *Monilia, Oidium* ed *Hemispora* da casi di amigdalite, laringite, faringite; quando il fungo è espulso colla tosse può vivere sotto forma di spora e poi, in condizioni opportune, può germinare. Ognuno di essi ha caratteristica morfologia e definite proprietà biologiche e biochimiche per cui è possibile non solo accertare il genere al quale esso appartiene, ma anche individuarne la specie.

Ricerche sperimentali. — Si è studiata anche l'infezione sperimentale negli animali; è veramente interessante lo studio del Magalhaes sulla oidiomicosi. Quest'autore, esaminando in laboratorio gli espettorati inviatigli per la ricerca del bacillo tubercolare, osservò in taluni di essi un fungo che potè isolare e classificare nella famiglia delle *Oidiacee* denominandolo *Oidium brasiliense;* negli stessi sputi la ricerca del bacillo tubercolare era stata negativa non solo con tutti i metodi di arricchimento ma anche col metodo sperimentale delle inoculazioni in cavie.

Il ripetersi di questi casi indusse il Magalhaes ad inoculare con detto fungo dei macachi per via naso-bronchiale; questi animali hanno presentato la sintomatologia clinica della tubercolosi e, dopo morte, alla autopsia sono stati riscontrati i funghi in tutti gli organi e particolarmente nei polmoni.

Dallo studio sperimentale del Magalhaes risulta che non solo i macacchi, ma anche i ratti, le cavie, i conigli se inoculati con *Oidium brasiliense* muoiono costantemente; la via di inoculazione può essere sottocutanea, intramuscolare, endovenosa, intraperitoneale, naso-boccale, tracheale, faringea; gli animali, comunque inoculati con *Oidium brasiliense,* muoiono sempre con lesioni principalmente pulmonari; questa tendenza della localizzazione polmonare del fungo è di alto interesse. La malattia sperimentale da *Oidium brasiliense* è caratterizzata anche da manifestazioni a carico delle sierose e dei gangli; si ha notevole dimagramento e l'animale muore cachettico.

Anatomia patologica. — Non si ha un quadro esattamente definito delle lesioni anatomopatologiche determinate da funghi; nei pochi casi di oidiomicosi studiati anatomo-patologicamente dal Magalhaes è stata notata all'esame macroscopico la presenza di abbondante catarro viscido nella trachea e di liquido rossastro schiumoso alla sezione dei polmoni.

Il cuore può essere di volume notevole e può presentare liquido pericardico; la pleura parietale è spessa con aderenze alla cassa toracica; anche il peritoneo può essere ispessito con presenza di liquido nella cavità peritoneale. Vario è stato il reperto a carico del fegato, della milza e dei reni.

Le lesioni microscopiche sono state fin'oggi studiate soltanto nei polmoni; nella oidiomicosi gli ifomiceti patogeni sono raggruppati in numerosi focolai attorno i quali si notano globuli rossi, leucociti ed una ricca rete di fibrina; questi focolai non presentano struttura, ma dànno l'aspetto di una massa uniforme finamente granulare.

Sintomatologia. — Le micosi del sistema respiratorio ricordano il corteo sintomatico della tubercolosi. La moniliasi e l'oidiomicosi presentano un periodo di incubazione; secondo il Magalhaes l'*Oidium* penetra per le amigdale nel sistema linfatico, come lo affermano le adeniti al collo, della trachea, dei bronchi e del mesenterio che possono assumere proporzioni notevoli. Dalla via linfatica l'*Oidium* invaderebbe l'organismo per la via sanguigna.

Negli infermi di moniliasi e di oidiomicosi il dimagramento è notevole, la faccia è pallida, pallide sono tutte le mucose visibili; all'esame ematologico si nota diminuzione dei globuli rossi e di emoglobina.

Gli infermi presentano anche alito fetido che scompare dopo il trattamento; non sudori notturni.

L'infezione può decorrere in modo acuto ed in modo cronico; i fenomeni congestizii dominano sempre la scena. La febbre è irregolare, nella forma acuta essa può raggiungere i 40° ctgr., mentre nella forma cronica non sorpassa i 38° ctgr.; essa è in genere irregolare, dopo 24 ore può discendere a 36° ctgr. e può mantenersi a temperatura elevata per più giorni. Il polso arriva a 100-140; si nota tachicardia senza alterazioni apprezzabili del ritmo cardiaco.

L'attenzione maggiore è richiamata dall'apparato respiratorio; si può avere dolore all'emitorace, dispnea, rantoli crepitanti, soffio bronchiale, sfregamenti pleurici. L'espettorazione, nella massima parte dei casi, è abbondante e gli sputi sono emottoici.

Nella oidiomicosi si nota quasi sempre sierosite; questa sierosite talvolta si accerta soltanto all'autopsia; essa può colpire una o tutte le sierose e nel liquido prelevato si nota il fungo. Allo esame clinico si può notare pericardite e pleurite unilaterale o bilaterale e così anche ascite.

Il fegato è dolente e non raramente deborda dell'arco costale; la milza, nella maggior parte dei casi, non si palpa. Si nota anoressia; talvolta anche diarrea. Le urine possono contenere albumina e ciò è sempre di prognosi grave.

La durata media della forma acuta è di 30-50 giorni; nelle forme croniche essa è di molto variabile; nella forma cronica della oidiomicosi il Magalhaes descrive una cachessia con edemi, diarrea, cianosi, lesioni trofiche, marasma.

Diagnosi. — La diagnosi delle micosi del sistema respiratorio ha dati clinici importanti, ma essa si basa sui dati microbiologici del germe e sulle reazioni specifiche.

Clinicamente, infatti, le micosi del sistema respiratorio si possono confondere colla tubercolosi e talvolta anche colla sifilide, e colla spirochetosi bronchiale. La diagnosi differenziale si basa sull'olftamo e la cutireazione e sulla reazione di Wassermann che sono negative nel caso delle micosi (1). L'esame microscopico dell'espettorato, eseguito con ogni mezzo di ricerca, è negativo pel bacillo tubercolare e per la spirocheta bronchiale, mentre esso è positivo per i funghi patogeni.

La tubercolosi si può anche escludere in base al criterio terapeutico; la terapia iodica determina la guarigione della massima parte delle micosi, mentre essa determina aggravamenti nella tubercolosi.

Resta la diagnosi differenziale delle varie micosi del sistema respiratorio; anche a questo riguardo si hanno dati clinici interessanti; l'actinomicosi (nocardiasi) colpisce a preferenza le basi del polmone anzichè gli apici come si osserva nell'oidiomicosi; in essa si ha raramente emottisi e adenopatia; l'oosporosi (nocardiasi) determina una pulmonite lobare classica ed una serie di caverne.

Lo studio morfologico del fungo ci dimostra caratteristiche morfologiche, biologiche, biochimiche specifiche per ogni genere (1).

È necessario di avere uno sputo più fresco che sia possibile, raccolto dai pazienti dopo che essi hanno ripetutamente lavato la loro bocca con acqua bollita o sterilizzata. Lo sputo viene esaminato con ogni mezzo di ricerca pel bacillo tubercolare, per la spirochete bronchiale ed in casi speciali viene inoculato in cavie.

La ricerca degli ifomiceti si esegue colorando col metodo di Leishman, col metodo di Ziehl, col metodo di Gram. I funghi del genere *Nocardia, Monilia, Oidium* non sono acido-resistenti. Dagli sputi prelevati nel modo su indicato si possono subito eseguire le culture nell'agar maltosio di Sabouraud per l'ulteriore studio del fungo patogeno.

La diagnosi del fungo si basa non solo sulle caratteristiche morfologiche, ma anche sulle proprietà culturali e sulla azione fermentativa degli zuccheri; quest'azione è veramente specifica alle varie specie; l'acidità può essere controllata non solo qualitativamente, ma anche quantitativamente.

Altro dato diagnostico importante è l'agglutinazione con siero specifico; l'inoculazione in conigli dei vari funghi determina la produzione di un siero agglutinante specifico per la specie inoculata; quindi, avendo ottenuto una cultura pura, è possibile individuarla in base ai dati dell'agglutinazione con siero sicuramente specifico; è da notare però che, come nei batteri, si può avere agglutinazione di gruppo.

Terapia. — Nella terapia delle micosi del sistema respiratorio sono state tentate emulsioni mercuriali, 606, 914, ma sempre con risultato negativo; la terapia iodica ha mostrato un'azione terapeutica notevole nella massima parte delle micosi; più resistenti a tale terapia sono le *Nocardiasi.*

Gli ioduri sono somministrati per bocca o

---

(1) Per quanto riguarda la oidiomicosi è, secondo Magalhaes, caratteristica e specifica la intradermoreazione; si inoculano sottocute alcune gocce di cultura di *Oidium brasiliense* uccisa al calore (56° gradi per un'ora); la reazione è locale; essa non si riscontra negli ammalati di tubercolosi e di sifilide o di altre malattie dell'apparato respiratorio, digestivo e linfatico; la reazione si può presentare debole o forte: essa è caratterizzata da arrossamento e dolore nel punto di inoculazione, e non è accompagnata da febbre nè da alterazioni delle lesioni polmonari.

A scopo diagnostico si può anche usare la reazione di Bordet e Gengou, la quale ha dato risultati interessanti; l'antigene si ottiene triturando una cultura di fungo di circa 30 giorni in soluzione fisiologica all'85 %, e quindi filtrata; con questo antigene si hanno, secondo il Magalhaes, il 100 % di risultati positivi quando si usa siero di sangue di infermo oidiomicosico e cultura *Oidium brasiliense.*

(1) Lo studioso dell'argomento interessante troverà tutte le indicazioni al riguardo dei caratteri morfologici, biologici e biochimici nei lavori del Castellani.

per via intramuscolare; sono da preferirsi l'ioduro di potassio e l'ioduro di sodio.

Sondata la sensibilità renale se ne possono dare fino a 30-40-50 gocce nelle 24 ore. Nelle forme gravi si possono anche usare le iniezioni endovenose di soluzioni isotoniche di ioduro di sodio in acqua bidistillata e recentemente sterilizzata; poichè le iniezioni endovenose tanto di ioduro di potassio che di ioduro di sodio sono altamente dolorose ed irritanti (qualora alcune gocce della soluzione cadono fuori del vaso nei tessuti vicini) il Magalhaes consiglia non solo di usare ioduri chimicamente puri, ma di usare anche la seguente tecnica: introdotto l'ago nella vena si inocula dapprima soluzione fisiologica, a cui segue immediatamente la soluzione di ioduro seguita alla sua volta da soluzione fisiologica; tutto ciò procedendo colla massima attenzione e colla massima asepsi (1).

(1) A tale tecnica serve molto bene l'apparecchio ideato dal Gones.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE DI SAN GIOVANNI DI DIO IN FIRENZE diretto dal prof. NICCOLÀ GIANNETTASIO.

Sarcoma della tibia consecutivo a trauma. Sui rapporti fra traumi e tumori nei riguardi di assicurazione infortuni.

Dott. AUGUSTO MAGI, aiuto-chirurgo.

I rapporti fra traumi e tumori (specialmente maligni) costituiscono un argomento arduo e complesso, reso più difficilmente definibile dalla ignoranza in cui siamo sulla eziologia vera dei tumori.

Non vi è dubbio che i traumi agenti durante la vita intrauterina, potendo determinare perturbamenti o dislocazioni di cellule o gruppi di cellule, possono farsi punto di partenza di proliferazioni blastomatose.

Più oscuro è il nesso fra traumi agenti durante la vita extrauterina e neoplasie: anche qui possiamo coi principali trattatisti (Borst, Askanazy, Lustig e Galeotti) procedere ad una distinzione fondamentale, a seconda cioè che si consideri il trauma unico, acuto, più o meno intenso, od il trauma lieve, ripetuto, cronico: quest'ultimo ha certamente una influenza non trascurabile e sono noti a tutti gli esempi di cancri e sarcomi insorgenti in sedi ove a lungo agì una irritazione meccanica. Ma quello che a noi qui interessa è il trauma unico ed acuto, il cui rapporto colla formazione blastomatosa è da taluno negato e da altri sostenuto.

Certo, come osserva Askanazy (in ASCHOFF: *Anatomia patolog.*, trad. Cesaris-Demel, Torino, vol. I, pag. 92 e seg.), i traumi da un lato ed i tumori dall'altro non sono così frequenti, chè il ritrovarsi riuniti nello stesso soggetto può essere mera accidentalità. Ma poi lo stesso autore riconosce importanza alle irritazioni di origine meccanica e cita anzi, esemplificando, i sarcomi che si impiantano sulle fratture ossee. Lustig e Galeotti dicono essere improbabile che un trauma da solo possa produrre un fatto progressivo a carico delle cellule, quale è un tumore; ma che è attendibile l'opinione che un trauma di azione rapida e momentanea possa, più che determinare lo sviluppo di un tumore, favorire quello di una neoplasia già esistente, ma rimasta fino allora latente od occulta. Ecco il punto che deve esser preso particolarmente in considerazione: il trauma unico, violento, può favorire o addirittura determinare uno sviluppo neoplastico, per cui esisteva già localmente un elemento causale fondamentale, che può consistere nella presenza di germi embrionali aberranti (teoria di Cohnheim), o di elementi cellulari comunque atipici, rappresentanti il capostipite della razza cellulare anormale blastomatosa. Oggi si tende sempre più a mettere in evidenza l'origine congenita dei tumori, o della disposizione allo sviluppo neoplastico, e la dottrina che vede in elementi embrionali aberranti, dislocati, per così dire sonnecchianti fra i tessuti normali, la prima origine dei tumori, ha acquistato sempre più credito.

Le analogie fra cellule embrionali e cellule neoplastiche sono numerose e suggestive. Se un tumore proviene da elementi restati non sistemati nella architettonica normale dell'organismo durante lo sviluppo, bisogna naturalmente ammettere una causa, che può essere interna ed esterna, la quale provochi la proliferazione degli elementi cellulari embrionali residui, o almeno si può ritenere che questa proliferazione sia da determinate azioni in loco facilitata od accelerata. Ecco come il trauma può agire, risvegliando per il turbamento nutritivo prodotto sia nel germe embrionale, sia forse piuttosto nei tessuti circostanti che lo isolano e lo tengono in freno, energie proliferative latenti e conducenti alla formazione blastomatosa.

Anche Borst, che non riconosce la genesi da elementi embrionali nel senso di Cohnheim, ma parla di nuova razza cellulare che rappresenterebbe le cellule neoplastiche, ammette che questa specie di anomalia cellulare possa essere congenita e che momenti esterni (trauma compreso) ne possano provocare o facilitare la costituzione.

Se si volesse poi dare importanza alla teoria patogenetica di Ribbert, bisognerebbe ammettere che il trauma potesse essere non solo causa condizionale, ma anche causa efficiente vera e propria, determinando distacchi di cellule dai normali rapporti e quindi condizioni che, secondo questo patologo, colla soppressione di momenti inibitori od equilibratori di natura chimica e meccanica, porterebbero alla particolare caratteristica delle cellule neoplastiche di moltiplicarsi indefinitamente e di vivere in modo autonomo.

Comunque sia, il trauma ha rapporto eziologico, in senso di condizione o momento determinante almeno, coi tumori: questo rapporto, anche per il tempo ed il modo di insorgenza, è evidente nel caso che stiamo per esporre. Non possiamo avere alcun elemento di fatto che indichi uno sviluppo neoplastico iniziato avanti il trauma: è altamente probabile che se il trauma non fosse intervenuto, la condizione disontogenetica esistente nella epifisi tibiale superiore del paziente sarebbe restata sempre o a lungo latente. Onde, come dice Askanazy (loc. cit.), bisogna nel casi medico-legali avere presente questa concatenazione di eventi e decidere a favore del traumatizzato.

P. Domenico, di anni 25, di Sant'Agata Feltria, di professione spaccalegna.

Nulla di importante nei precedenti personali ed ereditari. Il 26 di agosto 1919, mentre l'operaio alle miniere di Perticara trasportava del legname, veniva violentemente investito alla gamba destra da un blocco di legno, del peso di 3 quintali.

Il medico fiduciario della Società Infortuni riscontrava una contusione alla faccia anteriore del ginocchio destro e successivamente una sinovite. Vennero fatte applicazioni di acqua vegeto-minerale ed in seguito, perdurando dolorabilità e tumefazione, fu applicato un apparecchio immobilizzante per un periodo di 27 giorni. Tolto l'apparecchio, residuò un ingrossamento dell'estremo superiore della gamba destra, che, a quanto riferisce il paziente, rimase quasi stazionario per circa 2 mesi.

Inviato a Firenze nei primi di gennaio dell'anno corrente, per una visita di controllo, all'esame obiettivo dell'arto inferiore destro rilevai una notevole tumefazione dell'estremo superiore della tibia, con sporgenza accentuata da ambedue i lati.

La cute che ricopre la tumefazione presenta una dilatazione dei vasi venosi. La consistenza del tumore è ossea; per altro, in corrispondenza della faccia esterna, ha carattere pergamenaceo, potendosi deprimere la superficie, quasi esistesse una cavità chiusa da una parete sottile ed elastica. La tumefazione è inoltre leggermente dolente.

Nulla rilevasi a carico della articolazione del ginocchio, i cui movimenti sono possibili in grado quasi normale. Non vi è tumefazione delle ghiandole inguinali, ma esiste invece una ipotrofia muscolare accentuata.

Esame radiografico. — L'esame radiografico dimostra una deformazione della epifisi tibiale, con rarefazione notevole dell'osso nella parte centrale, mentre alla periferia esiste una teca di osso compatto, abbastanza spessa nella faccia interna, sottilissima invece nella faccia esterna, dove sembra tenda a discontinuarsi. Notasi inoltre un incuneamento dell'estremo superiore della diafisi nella massa rarefatta centrale della epifisi.

Tale reperto radiografico, messo in rapporto con i rilievi clinici, porta a fare diagnosi di lesione neoplastica dell'estremo superiore della tibia e, con ogni verosimiglianza, di *sarcoma mieloide*.

16 gennaio. Amputazione della coscia al terzo inferiore.

Esame delle ossa della gamba. — L'esame delle ossa della gamba, liberate dalle parti molli, fa rilevare un cospicuo aumento di volume della epifisi superiore della tibia, mentre nulla si osserva a carico della diafisi e della epifisi inferiore, e nulla del pari a carico del perone.

L'ingrossamento della epifisi tibiale superiore è regolare, uniforme, in modo che la configurazione della parte non è sostanzialmente modificata: la sua consistenza non è uniforme, perchè mentre in genere si avverte alla palpazione una consistenza ossea, per contro in corrispondenza del punto più sporgente del condilo tibiale esterno, immediatamente al davanti della articolazione tibio-proniera, per una zona dell'approssimativa grandezza di una moneta da 10 centesimi, si avverte una consistenza più elastica, quasi pergamenacea, ed aumentando alquanto la pressione, la superficie cede sotto le dita, si ha una frattura degli strati più superficiali dell'osso e si penetra in una cavità ripiena di un tessuto molle, grigio-roseo, di aspetto carnoso.

Sezionata l'epifisi e la diafisi longitudinalmente, seguendo la linea mediana, in modo da dividere l'osso in due parti, si trova che la diafisi conserva inalterata la sua struttura in tutta quanta la lunghezza, sino al limite con la epifisi superiore. Questa invece è profondamente modificata nella sua compagine strutturale, imperocchè nella sua parte centrale, in luogo del trabecolato osseo spongioso, onde risulta normalmente costituita, si riscontra una massa carnosa, omogenea, a superficie di taglio perfettamente liscia, di colorito grigio-roseo uniforme, di consistenza abbastanza elastica, discretamente succosa al raschiamento e nella quale si può infossare, senza alcuna difficoltà, qualsiasi strumento, tanto acuminato, quanto smusso. Questa massa carnosa è contenuta in una specie di teca ossea, formata da osso compatto, col quale il tessuto patologico ha non un semplice rapporto di contiguità, bensì un rapporto di continuità. Questa teca ossea, per la quale la epifisi tibiale ha conservato inalterata la sua forma: ha uno spessore variabile da un punto all'altro, andando assottigliandosi fino a ridursi ad un sottilissimo velamento in corrispondenza della parte più sporgente del condilo esterno, là dove con la pressione si è avuta la rottura della teca ossea.

Esame istologico. — Asportati dalla massa neoplastica alcuni frammenti, questi sono stati fissati in formalina, inclusi in paraffina e sezionati. Le sezioni colorate con i metodi comuni (emallume-eosina, emallume-orange, van

Gieson) hanno dato all'esame microscopico i seguenti reperti:

Il tessuto neoplastico è costituito da uno stroma connettivale fibrillare delicatissimo e da abbondantissimi elementi cellulari, fra i quali decorrono vasi sanguigni in discreto numero e per massima parte con pareti a struttura elementare, costituiti cioè da semplice endotelio. Questi elementi cellulari sono in prevalenza cellule affusate, di piccole dimensioni, con nucleo allungato ed arrotondato agli estremi, discretamente ricche di parte cromatica, ammassate irregolarmente in certe zone, raggruppate in fasci in altre. In mezzo alle cellule ora descritte se ne scorgono altre, molto meno numerose, isolate l'una dall'altra, distribuite irregolarmente, ma di notevoli dimensioni, tanto da meritare di essere designate con la qualifica di giganti.

Di forma rotondeggiante o poligonale, a contorno sinuoso, con prolungamenti filiformi, hanno protoplasma abbondante e numerosi nuclei (in media 18 o 20) rotondi od ovali, ammassati irregolarmente nel centro del corpo cellulare.

Qua e là si osservano in mezzo al tessuto neoplastici scarsi e piccoli focolai emorragici, qua e là si riscontrano alcune poche e piccole trabecole ossee, parte con cellule ossee ben distinte, parte con corpuscoli ossei vuoti di cellule.

In base a questi reperti istologici è lecito concludere di essere in presenza di un sarcoma *giganto-cellulare*, e più precisamente di un sarcoma fuso-cellulare a mieloplassi.

Venendo ora a parlare del rapporto fra il neoplasma ed il trauma sofferto dall'operaio il 26 di agosto, si deve ricordare che in linea generale è ammesso potere un trauma contusivo farsi causa determinante di un tumore anche della natura di quello riscontrato nel P., allorquando colpisca una regione dove esista una causa predisponente a tale affezione.

Per ammettere questo rapporto di causalità è necessario che risulti non esistere in antecedenza, nella regione colpita, un processo neoplastico già estrinsecato o comunque di disturbi che possano farlo sospettare, ed in secondo luogo che i sintomi della neoplasia si manifestino ad una distanza di tempo, relativamente breve, data la natura sarcomatosa del tumore.

Infatti dai casi pubblicati nella letteratura si rileva che i sarcomi post-traumatici compaiono entro limiti di tempo abbastanza brevi: secondo Theilhaber questi limiti oscillerebbero attorno ai nove mesi, secondo Flintner oscillerebbero da un mese ad un anno, ma secondo Coley potrebbe il sarcoma manifestarsi anche dopo una settimana, e secondo il Thiem può comparire anche a soli 10 giorni dal trauma.

Per il carcinoma, invece, l'intervallo fra trauma e manifestazioni del tumore è in generale assai più lungo; si esclude infatti che per un trauma unico il carcinoma possa manifestarsi prima della 4ª o della 6ª settimana: in media secondo il Theilhaber si manifesterebbe dopo 2 anni, secondo il Boas potrebbe comparire anche dopo 4 o 5 anni.

Nel caso nostro non risutla che, prima del trauma, l'operaio avesse alcuna manifestazione della malattia attuale, mentre i primi fenomeni, interpretati dal curante come dovuti a sinovite del ginocchio, furono constatati a breve distanza dal trauma stesso. Non esiste anzi alcuna discontinuità fra i fenomeni diretti del trauma ed i primi sintomi dell'affezione neoplastica.

Questo rapporto cronologico porta a dovere ammettere un rapporto di causalità fra il trauma ed il tumore, nel senso sopra indicato, e associato al rapporto topografico depone in modo assoluto per la dipendenza diretta della neoplasia del trauma, il quale avrebbe svegliato un processo morboso ivi esistente allo stato potenziale.

In rapporto quindi alla assicurazione degli infortuni sul lavoro, per quanto debbasi ammettere una condizione preesistente, la quale ha influito sull'effetto che oggi constatiamo, perchè è indubbio essere stato il trauma l'agente provocatore della manifestazione morbosa, devesi considerare la inabilità lavorativa collegata alla lesione oggi esistente come conseguenza dell'infortunio del 26 di agosto e liquidare quindi all'operaio la indennità corrispondente alle perdita dell'arto inferiore.

Firenze, 5 giugno 1920.

BIBLIOGRAFIA.

THEILHABER: *I traumi contusivi e lo sviluppo dei carciomi e dei sarcomi.* (Deutsche Zeitschrift f. Chir., Bd. 110).

THIEM: *Geschwülste und Unfall mit besonderer Beruksichtigung des Krebs gewebses.* (Monatsschrift für Kufallheilkunde, XIX).

COLEY: *Della influenza dei traumi sulla produzione dei sarcomi.* (Annals of Surgery, 1898).

FLINTNER: *Ein Betrag zur Lehre von traumatischen Sarkom.* (Diss. Halle, 1896).

BORRI: *Trattato di infortunistica.*

COHNHEIM: *Patologia generale.*

LUSTIG e GALEOTTI: *Patologia generale.* II edizione.

BOAS: *Sullo sviluppo del carcinoma intestinale dopo i traumi.* (Verein für innere Medizin zu Berlin, 1897).

RIBBERT: *Eutstehung der Geschwülste.* (Deutsch. med. Woch, 1895 e 1896).

RAFFAELE: *I tumori di origine traumatica in rapporto agli infortuni sul lavoro;* (Giornale per i medici periti giudiziari ed ufficiali sanitari, 1900).

ASKANAZY (in ASCHOFF: *Anat. patolog.*, trad. Cesaris-Demel, Torino, vol. I, pag. 92 e seg.).

BORST: *Die Lehre von der Geschwülste*, 1902.

DI MATTEI: *Contributo allo studio della causalità traumatica dei tumori.* (Gazzetta internazionale di Medicina e Chirurgia, 1916, numero 14 e seguenti).

NOTE E CONTRIBUTI.

Esiste la possibilità di trattare le forme sessuate della malaria tropicale?

Dott. ALFREDO NEUMANN, Vienna.

Durante il mio soggiorno in Albania dal 1916 al 1918 quale medico dell'ospedale di campo austro-ungarico a Tirana, ho tentato di trattare nei mesi d'estate 1917 i portatori di gameti della malaria tropicale col chinino, come riferisce la seguente tabella:

Terapia	Prove del sangue dopo la cura		
	pos.	neg.-pos. (1)	neg.
Chinino mur. *per os* 2 × 1.5 tre giorni	35	11	7
Chinino-uretano Iniezioni s.c. 2.0 tre giorni	57	16	24

(1) Le prime prove negative, le seguenti positive.

Insomma, ho tentato di trattare questi portatori di gameti con grandi dosi di chinino, somministrato, tre giorni di seguito o *per os* o per iniezioni sottocutanee. Successivamente questi pazienti hanno preso la regolare profilassi, giornalmente 0,5 chin. mur., e restarono almeno 14 giorni nell'ospedale. Intanto furono fatte 3-4 volte le prove del sangue.

Consideriamo i dati della tabella. Si vede una differenza tra i casi trattati col chinino *per os*, dei quali si vedeva solamente 7 volte, cioè in 13 %, il desiderato effetto, e tra quelli trattati con iniezioni di chinino-uretano s. c., dove in 24 volte (cioè in 25 %) il sangue era almeno durante il tempo d'osservazione negativo di gameti. Causa le condizioni anormali di guerra non potevo purtroppo tenere per più tempo i miei casi in osservazione, ma cercavo regolarmente di provocare la comparsa di parassiti nel circolo del convalescente con lavoro faticoso (in giardini, ecc.), e nondimeno in quei 31 casi il sangue restava negativo (nè vennero nuovi accessi).

Visto la conosciuta ostinatezza della malaria albanese, non mi sembra probabile, che in tutti questi casi, che furono trattati esclusivamente nei mesi d'estate 1917, i gameti fossero scomparsi spontaneamente dal sangue. Benchè si avesse prima l'opinione, che i gameti della malaria tropicale fossero sempre resistentissimi contro il chinino, crede Ziemann (1), che con grandi dosi di chinino, date durante qualche settimana, si può pregiudicare lo sviluppo dei gameti negli organi interni in un tal modo, che non possono più passare nel sangue; ma suppone anche che si possono trattare le forme maschili adulte della malaria tropicale col chinino. Lo sviluppo dei gameti dura regolarmente 10 giorni e si calcola il tempo che le forme adulte possono ancora esistere nel sangue, per altri 10 giorni [secondo Thomson (1)]. Fra i 58 casi, dove si vedeva un effetto definitivo (cioè almeno durante il tempo d'osservazione), voglio escludere tutti quei casi nei quali si poteva credere che il chinino avesse solamente pregiudicato lo sviluppo delle nuove forme, mentre le vecchie potevano essere scomparse senza terapia nel sangue. Ma sette volte era stata praticata nell'intervallo di 7-10 giorni prima una prova negativa del sangue (tutte le prove furono fatte esclusivamente colla « goccia concentrata »), poi una positiva, e, dopo il trattamento con chinino, di nuovo una prova negativa. Mi sembra un poco difficile di conciliare questo risultato con la teoria che il chinino sia solamente in grado di pregiudicare i giovani gameti negli organi interni e non anche gli adulti nel sangue. Forse che i miei risultati erano motivati dalla forte concentrazione di chinino nel sangue effettuata da una iniezione sottocutanea di 2 e chinino-uretano, o da due dosi di 1.5 chinino mur. *per os* al giorno. Specialmente le iniezioni furono sopportate abbastanza bene, senza incidenti. Le iniezioni di chinino anche secondo le prescrizioni di Giemsa (chin. mur. 0.5, uretano 0.25, acqua dist. 5.0) o Laveran (invece di uretano la stessa dose di antipirina) non sono senza pericolo causa la possibilità delle necrosi, benchè questo pericolo non si dimostri troppo grande, se le iniezioni vengono effettuate da medici d'esperienza. E per questi medici la *possibilità* che i *gameti della malaria tropicale* non siano sempre, e sotto ogni condizione, *irresistibili alla chinina, ha un interesse più che teorico.*

(1) ZIEMANN. *Die Malaria in Mense's Handbuch der Tropenkrankheiten*, 1917.

(1) Rif. da ZIEMANN.

Il chinino e il bleu di metilene nella malaria.

Dott. ALBERTO DE BLASI, Taviano (Lecce).

R. Reitler, nel n. 1 della *Wien. Med. Wochenschrift* di quest'anno, in un articolo riassunto pure nel fascicolo 8 della Sezione pratica del *Policlinico*, si occupa di questo argomento arrivando alla conclusione che, specialmente nei casi di malaria chinino-resistenti, il bleu di metilene — per sè stesso inefficace nella malaria — è efficacissimo se

dato contemporaneamente o alternativamente al chinino.

Io, che di malaria mi sono spesso occupato e in varie pubblicazioni, ho trattato l'argomento del « bleu di metilene nella malaria » una ventina di anni addietro e precisamente nel n. 30 della *Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche* del 1902.

In quella pubblicazione, premessi alcuni dati storici, riportavo l'esito di ricerche cliniche e microscopiche riguardanti un centinaio di casi di malaria di forma varia, primitiva e recidiva, e giungevo a queste conclusioni che riporto qui integralmente per comodità di chi non avesse la voglia e l'opportunità di consultare la memoria sopracitata:

« Circa i risultati ottenuti trovo da notare il 62 % di guarigioni complete, in cui, cioè, le febbri non son tornate più per un periodo di tempo che va ormai dai 3 ai 12 mesi; di questi casi 24 appartengono ad infezioni primitive (sia primaverili che estivo-autunnali) e 38 ad infezioni croniche e recidivanti. Cosicchè su 32 casi di febbri primitive, in soli 8, ossia in circa il 32 %, il bleu di metilene si mostrò di nessuna efficacia e le febbri furono vinte dalla chinina: mi preme però notare che in 2 di questi casi (osserv. XCIV e XCVI) le dosi usate, per la intolleranza gastrica, furono addirittura minime (0.20-0.25 *p. die*).

« Su 68 casi di recidive, da un tempo variabile da 2 mesi a 2 anni, ottenni la guarigione in 38 casi, ossia in circa il 55 %. In queste forme di malaria cronica era stato fatto quasi sempre uso di chinacei e spesso per lungo tempo; ma con ciò non oso affermare che tutti quei casi di malaria fossero ribelli alla chinina per le seguenti ragioni: 1° Perchè spesso il chinino fu da loro usato incongruamente, così da non raggiungere quasi mai la dose giornaliera sufficiente; 2° Perchè in quei casi in cui il bleu di metilene si mostrò inefficace, il chinino usato da me dopo, generosamente, troncò gli accessi febbrili come chiaramente risulta dal quadro statistico ».

Successivamente, nell'esercizio pratico quotidiano, ebbi a constatare che, specialmente nei casi di malaria cronica e chinino-resistenti, là dove non arrivava a debellare l'infezione nè la sola chinina, nè il solo bleu di metilene, vi arrivava spesso — non sempre — il chinino associato al bleu, e meglio ancora se uniti ad altri comuni sussidi terapeutici dell'infezione malarica cronica.

Espressione di questo mio convincimento era la conclusione alla quale arrivavo in uno studio polemico dal titolo: « In tema di malaria », apparso ugualmente nel n. 79 del 1915 della *Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche* e succeduto ad altro mio lavoro: « Per la lotta contro la malaria », pubblicato nel 1911.

Scrivevo dunque: « Rimane poi in me sempre ferma la convinzione che non tutte le febbri malariche, e non in tutti gli individui, vengono debellate dai sali di chinina presi nella dose necessaria e talora anche per iniezioni ipodermiche.

« Specialmente negli anni di malaria grave, vi sono casi resistenti alla chinina contro i quali il medico è obbligato armarsi di tutti quegli altri sussidi terapeutici che l'antica medicina ci ha pure tramandati. Io che fin dal 1902 mi sono occupato dell'azione del bleu di metilene nella cura della malaria, rimango anche oggi affezionato ad una formula che spesso mi dà degli insperati successi e la cui efficacia, come sempre, è strettamente legata alla bontà della scrupolosa preparazione ».

Condizione quest'ultima — aggiungo ora — che si è andata rendendo sempre più difficile in questi anni per la difficoltà di avere delle buone materie prime per le esatte preparazioni farmaceutiche.

Il giudizio poi più genuino sulla opportunità dell'associazione dei farmachi chinino e bleu è dato dalla popolarità del rimedio in questi luoghi di malaria grave, dove spontaneamente e largamente gli ammalati hanno ricorso alle pillole col bleu di metilene, la cui formula è la seguente:

Idroclorato di chinina . . . . cg. 20
Citrato di ferro . . . . » 2
Cacodilato di ferro . . . . » 2
Bleu di metilene-medicinale . » 5
Estratto di quassia - genziana - eucalyptus, ana q. b. per 1 f. 60 pill. simili.

Ds. 3-4 al giorno, nelle ore antimeridiane, una ogni due ore. Da ripetersi.

Trattando qui del bleu di metilene nella malaria mi preme ricordare che il Mességos consigliava nei casi di ittero-emoglobinuria dubbi, se da chinina o da malaria, di attenersi alla prova del bleu di metilene per dirimere il dubbio e regolarsi in conseguenza; giacchè il bleu, dato per bocca o per iniezioni, tronca l'accesso di emoglobinuria da malaria.

Io, che dell'ittero-emoglobinuria da chinina e da malaria mi sono occupato negli anni passati in varie pubblicazioni, avverto che il criterio del Musséos è fallace e che la discrimina tanto importante tra emoglobinuria da chinina e da malaria deve farsi poggiando su altri criteri clinici importantissimi e di un' esattezza matematica se rilevati esattamente e studiati con cura, criteri sui quali è fuori di luogo che qui m'intrattenga.

SUNTI E RASSEGNE.

FISIOPATOLOGIA.

I fattori accessorî dello sviluppo e dell'equilibrio organico.

(E. ZUNZ. *Le Scalpel*, 1920, n. 25).

Si è creduto per lungo tempo che bastasse fornire ai mammiferi ed agli uccelli adeguate quantità di acqua, di sali, di grassi, d'idrati di carbonio e di proteine per assicurare lo sviluppo dei giovani e mantenere il peso degli adulti.

Si è poi visto che non è indifferente sostituire una sostanza albuminoidea con un'altra, e che si deve tenere conto della loro costituzione chimica, cioè a dire degli amino-acidi presenti nella loro molecola e delle loro proporzioni. Il triptofano è indispensabile per conservare l'equilibrio corporeo, ma non determina processi di accrescimento. L'equilibrio organico richiede inoltre la presenza negli alimenti di tirosina e di fenilalalina. La presenza di cistina, di lisina e di istidina o di arginina è necessaria per lo sviluppo dei giovani. Altri acidi (glicocolla, prolina, acido aspartico, acido glutamico) pare possano mancare senza inconvenienti per il mantenimento dell'organismo. La mancanza di amino-acidi determina profondi disturbi nutritivi.

Lo zinco, il manganese e altre sostanze minerali (vanadio, rame, alluminio) pare siano indispensabili in piccolissime quantità per lo sviluppo ed il mantenimento del peso. Lo stesso può dirsi dell'arsenico, del boro, del bromo, dello iodio, del silicio. L'alimentazione deve contenere in proporzioni determinate gli joni costituenti degli elementi minerali essenziali.

Forse certi amino-acidi e certi elementi minerali agiscono in quantità minime come fermenti; la loro azione si può paragonare a quella degli ormoni, ossia a quella di eccitanti specifici delle funzioni dell'organismo.

Funzioni analoghe hanno altri prodotti, di cui si ignora completamente la costituzione chimica e che agiscono in quantità piccolissime. A questi prodotti si è dato il nome di vitamine e poi quello più appropriato di fattori accessorî dello sviluppo e dell'equilibrio.

Questi fattori sono tre: 1° il fattore A solubile nei grassi o liposolubile; 2° il fattore B antinevritico, solubile nell'acqua; 3° il fattore C antiscorbutico, solubile nell'acqua.

Il fattore A si trova sopratutto nelle foglie, nel burro, nei corpi grassi del tuorlo d'uovo, nei corpi grassi estratti dagli organi glandulari (olio di fegato di merluzzo). La maggior parte dei grani e dei grassi vegetali non ne contengono affatto o pochissimo. Esiste nei grani del lino, del miglio, del soja, del mais rosso a endosperma giallo. Il mais bianco e il mais rosso a endosperma bianco sono sprovvisti di fattore liposolubile. Sembra che almeno in certe circostanze sia associato ai pigmenti gialli tanto del regno animale che vegetale.

La disseccazione del latte di vacca fresco ed intero non ne diminuisce il contenuto in fattore A. Ma questo è relativamente presto distrutto con la disseccazione a bassa temperatura nei cavolfiori.

Il fattore A resiste alla saponificazione con la soda alcoolica dei gliceridi del burro che lo contiene. Agitando il sapone sodico così ottenuto con olio di oliva o di mandorle dolci si può far passare il fattore A in detti olii. Allora questi olii attivati agiscono sullo sviluppo come il burro.

Il fattore A non è solubile nell'acqua e negli acidi diluiti; è solubile nell'alcool anche alla temperatura ordinaria.

Drummond ritiene che il fattore A è una sostanza labile: è facilmente distrutto da una breve esposizione alla temperatura di 100° nell'olio di balena e nel burro; la distruzione è meno rapida a 50°. Osborne e Mendel invece ritengono il fattore A relativamente stabile alle alte temperature. Esso resiste a freddo ed anche a caldo all'azione degli alcali, e meglio ancora a quella degli acidi. È distrutto o inattivato dall'esposizione ai raggi ultravioletti.

La carenza del fattore A determina un'avitaminosi caratterizzata sopratutto da xeroftalmia. Dopo un periodo iniziale di aumento di peso si ha dimagrimento progressivo e, nei ratti, dopo tre mesi la morte. Si è osservata la xeroftalmia nelle popolazioni agricole giapponesi strettamente vegetariane. La ingestione del burro ha una benefica influenza su questa affezione. Secondo Mellanby il fattore A liposolubile impedirebbe il rachitismo e dovrebbe

quindi essere considerato una vitamina antirachitica.

Il fattore B si trova nel latte, nel tuorlo d'uovo, nel fegato, nei reni, nel pancreas; i muscoli ne contengono solo piccolissime quantità. Tutte le parti delle barbabietole, le foglie del trifoglio, i frutti del pomodoro contengono questo principio in più o meno grande quantità. Lo si trova nella cuticola di tutti i grani, nelle patate, nei bulbi delle cipolle, nel lievito.

Il fattore B è solubile nell'acqua e nell'alcool, ma non nell'alcool assoluto, nel benzolo, nell'etere, nell'acetone. È lentamente distrutto dagli alcali diluiti alla temperatura ordinaria, rapidamente a temperatura alta; resiste invece agli acidi diluiti. Pare che resista meglio del fattore A all'azione del calore, specie in ambiente neutro: può resistere anche per più ore alla temperatura di 100°.

Il fattore B ecciterebbe l'organismo ad una maggiore produzione di catalasi. L'assenza del fattore B determina nei mammiferi e negli uccelli sintomi analoghi a quelli del beri-beri e specialmente della polinevrite e dei disturbi nervosi dipendenti dalla degenerazione delle guaine mieliniche e dalla degenerazione dei cilindrassi. La vitamina antiberiberica sembra indispensabile alla nutrizione del sistema nervoso. Secondo le ricerche di Uhlmann avrebbe azione sopratutto sul sistema parasimpatico. Nei cani provocherebbe la secrezione della saliva, del succo gastrico, del succo pancreatico, della bile, del succo enterico e del sudore; ecciterebbe i movimenti dell'intestino, abbasserebbe la pressione vasale ed avrebbe sul cuore un'azione paralizzante.

Gli effetti farmacologici della vitamina antiberiberica somiglierebbero molto a quelli della pilocarpina, della muscarina e della colina, senza però essere identici. L'atropina avrebbe in confronto della vitamina antinevritica una azione antagonista.

Il fattore C antiscorbutico è solubile nell'acqua. Si trova sopratutto nei frutti verdi; la sua quantità pare diminuisca con la loro maturità. I frutti acidi conservano lungamente il loro potere antiscorbutico, come se gli acidi (citrico e malico) impedissero la distruzione o la scomparsa del fattore.

Il fattore C si trova anche nella maggior parte delle verdure, nelle carote, nelle barbabietole, nelle patate, nei grani in germinazione. Il latte ne contiene poco: il latte di vacca ha di solito un potere antiscorbutico maggiore in estate che in inverno in rapporto alle differenze della sua alimentazione in dette stagioni.

Secondo Drummond, il fattore antiscorbutico sarebbe più termolabile del fattore antinevritico e non resiste affatto all'azione degli alcali.

L'evaporazione a bassa temperatura del succo di arancia non ne fa diminuire il contenuto in fattore C: il residuo secco così ottenuto conserva ancora alla distanza di due anni un considerevole potere antiscorbutico.

Pare bene stabilito che lo scorbuto sia una malattia da carenza del fattore C. Una piccola quantità di questo principio basta per proteggere le cavie contro lo scorbuto, qualora il nutrimento contenga in convenienti proporzioni tutti gli altri costituenti dietetici essenziali, compresi i fattori A e B. Basta aggiungere del succo fresco di arancia all'alimentazione di bambini nutriti con latte di vacca disseccato per impedire che in essi si manifestino i segni del morbo di Barlow e i diversi sintomi morbosi dovuti alla mancanza del fattore C.

I mammiferi sono incapaci di fare la sintesi dei principî accessorî dello sviluppo e dell'equilibrio; queste sostanze esistono nel latte solo in quanto sono introdotte nell'organismo materno con l'alimentazione. La madre quindi deve ingerire una quantità notevole di fattori accessorî durante la gestazione e l'allattamento.

L'impiego esclusivo in troppo grande proporzione di latte sterilizzato, di farine sterilizzate o preparate con grani decorticati, determina frequentemente la malattia di Barlow, sintomi anemici e simili.

Abderhalden e Schaumann chiamano «nutramine» le sostanze accessorie indispensabili alla nutrizione e indicano col nome di «eutonine» i prodotti solubili nell'alcool, estratti sopratutto dal lievito di birra, e di altri composti di costituzione chimica ignota, che posseggono ad alto grado la proprietà di emendare o di prevenire i disturbi nervosi della distrofia alimentare. La vitamina antinevritica B rappresenterebbe un'eutonina. Le eutonine sarebbero contenute in piccole quantità nel sangue, ed in maggiore quantità nei fosfatidi, nei nucleoproteidi e nelle nucleine. Ma questa distinzione in nutramine ed eutonine non sembra esatta.

Bickel ed i suoi collaboratori hanno dimostrato negli alimenti la presenza di sostanze che per via diretta o indiretta determinano la secrezione dei succhi digestivi; si tratterebbe di ormoni eccito-secretorî. E le esperienze di Uhlmann e di Lumière tendono a identificare i fattori accessorî dello sviluppo e dell'equilibrio con questi ormoni.

L'origine dei fattori accessorî dello sviluppo e dell'equilibrio sembra trovarsi sopratutto nel lavoro sintetico di certi microrganismi del suolo: i vegetali servirebbero di intermediarî tra i batterî produttori dei fattori e gli animali che

li utilizzano. Dalle esperienze di Bottomley risulterebbe che durante il periodo, nel quale la giovane pianta è incapace di vivere con i propri mezzi, il seme fornirebbe i principî accessorî indispensabili allo sviluppo. Nei vegetali adulti sarebbero assorbiti dal suolo dei fattori accessorî, gli « euximoni », elaborati dai batterî. Comunque, s'ignora ancora se le piante fanerogame possano, almeno per un periodo della loro vita, sintetizzare l'uno o l'altro dei fattori A, B, C indispensabili allo sviluppo ed alla conservazione dei vertebrati.

Lo studio dei fattori accessorî ha una grande importanza non solo terapeutica, ma anche sociale, in quanto si riconnette con la conservazione degli alimenti, e merita quindi di essere perseguito con la maggiore alacrità.

Dal punto di vista patologico conviene ricordare che si è tentato di influenzare lo sviluppo dei tumori con le vitamine. Quando si dà ad un ratto affetto da tumore un'alimentazione priva di fattore B, lo sviluppo del tumore diminuisce subito, ma si giunge a questo risultato rendendo precaria la vita dell'animale. Non conviene, quindi, fare tale tentativo sull'uomo. C'è però da domandarsi se gli effetti favorevoli del radio sui tumori non siano dovuti alla parziale distruzione delle sostanze accessorie.

dr.

NEUROLOGIA.

La disartria cerebellare.

(MILIAN e SCHULMANN. *Paris Médical*, 1919, n. 43).

La disartria si verifica frequentemente nel corso delle sindromi a tipo cerebellare: nelle lesioni emorragiche, nei rammollamenti, nelle sclerosi del cervelletto, nell'atassia eredo-cerebellare di Marie, nell'atrofia olivo-ponto-cerebellare di Thomas.

Il quadro clinico non è sempre il medesimo, se ne distinguono varii tipi.

Nel primo quadro si trovano le sindromi cerebellari con lesione simultanea del fascio piramidale. È una forma di emiplegia cerebellare superiore con disartria, nella quale i disturbi della parola sono molto marcati. La lesione piramidale si manifesta con diminuzione di forza sopra tutto all'arto superiore, cui si sovrappongono i fenomeni cerebellari costituiti prevalentemente dalla disartria. Immediatamente dopo l'ictus, la parola è alterata al punto che l'ammalato tartaglia in modo incomprensibile. In seguito la parola migliora ed allora si nota che si tratta di disartria con intoppo: il paziente salta le sillabe, s'imbroglia quando parla troppo in fretta, e quando pronunzia parole di articolazione difficile.

Un altro tipo di disartria cerebellare è costituito da quella descritta come tipica della sclerosi a placche. In questa forma di disartria il malato per emettere la parola deve contrarre tutto l'apparecchio faringo-laringeo e compiere uno sforzo prolungato. La persistenza di questo sforzo determina una grande monotonia, e ciascuna sillaba richiede un nuovo tentativo, per modo che ciascun pezzo della parola è scandito. Le principali caratteristiche di questa varietà di disartria è la parola spasmodica, monotona, scandita. Questa varietà è quella che si trova più frequentemente nel corso delle sindromi cerebellari.

Tuttavia non in tutte le sindromi cerebellari si trova questa classica forma di disartria. Nella malattia di Friedreich e nell'atassia cerebellare la parola può essere lenta, gutturale, esplosiva, ma molto meno *saccadée* che nella sclerosi a placche.

Gli autori sulla base di due osservazioni personali hanno fissato i caratteri di una speciale forma di disartria, per la quale hanno proposto il nome di disartria asinergica. Innanzi tutto la parola è generalmente rallentata. Una frase cominciata non si arresta durante la sua emissione: non tutte le sillabe sono pronunziate, e sono rimpiazzate da un suono indistinto, una specie di grugnito. I suoni che mancano o sono alterati pare che vogliano essere detti dal malato, ma la laringe non segue il pensiero. Non v'è mai sdoppiamento come nella paralisi progressiva; il malato non tartaglia, nè un gruppo di sillabe rientra in un altro. La disartria riguarda indifferentemente le sillabe e le lettere; non è possibile come in altri tipi clinici che si notino disturbi a carico di queste o quelle consonanti, delle linguali, delle dentali, delle gutturali o delle labiali. V'è impossibilità di parlare a voce bassa. La disartria è costante ma la sua intensità talora varia con l'affaticamento e con le emozioni. Nessun disturbo mimico accompagna la parola. Il paziente si rende perfettamente conto del suo disturbo, ha un'auto-critica perfetta della sua disartria, che può in parte correggere con l'attenzione.

Non è dubbio che la diagnosi differenziale di questo tipo di disartria con altre forme è ben dfficile.

Per distinguerla da quella dovuta a lesioni paralitiche dei muscoli dell'articolazione della parola (paralisi del grande ipoglosso, paralisi facciale, paralisi del velopendolo, paralisi del ricorrente) basta l'esame accurato dei muscoli paralizzati.

Molti affini sono le disartrie della miopatia del tipo Landouzy-Dejerine e della miastenia Erb-Goldflam.

Nella paralisi labio-glosso-faringea sono prirallentata come pastosa; il malato espelle con pena le sillabe, di cui alcune esplodono. Ma in questa malattia si ha rapidamente deficit intellettuale, segni organici come la diplegia, disturbi della deglutizione, riso e pianto spasmodico.

Nella paralisi labio-glosso-faringea sono primitivamente colpite le vocali « o » ed « u », poi le labiali esplosive « p », « b », ma sono sopratutto marcati i disturbi della deglutizione.

La disartria può essere anche l'espressione di fatti atassici: nel corso della tabe laringea, ad es., la voce diviene tremante, tremula, associata ad un movimento di strisciamento della lingua sul palato.

Nella paralisi progressiva indipendentemente dai disordini dell'intelligenza e della memoria che modificano il linguaggio, i disturbi della parola sono di natura atasso-paretica: si notano arresti, esitazioni, falsi passi intermittenti, ripetizioni sillabiche, intoppi, elisioni ed inversioni sillabiche. Si arriva poi al tartagliamento, che diviene assolutamente incomprensibile.

In casi affatto eccezionali converrà pensare alla disartria dell'atetosi doppia, alla paralisi agitante, alle forme anormali della corea grave, all'alcoolismo cronico tremolante. Ma in linea generale in questi casi il quadro clinico assume un aspetto così deciso che non sono possibili le confusioni. Lasciando adunque da parte la forma cerebello-piramidale vi sono due tipi ben distinti di disartria cerebellari.

In un primo tipo, il tipo classico, la parola è monotona, scandita, esplosiva; si tratta più di disfonia che di disartria. Collet con l'esame laringoscopico vide un tremore delle corde vocali, che diveniva più intenso al momento dell'articolazione della parola. Si tratterebbe di un nistagno laringo-faringeo. Questo tipo s'incontrerebbe nella sclerosi a placche ed in altre forme cerebellari. Nel secondo tipo si tratterebbe di una vera disartria. Non si osserva tremore delle corde vocali, ma si nota che l'azione dei muscoli laringei è imperfetta, v'è una specie di rottura del sincronismo funzionale. L'asinergia che colpisce gli altri muscoli del corpo non risparmia la muscolatura delle corde vocali e perturba in modo più o meno intenso la fonazione. È per questo che la disartria non riguarda questo o quel suono, ma tutti i suoni indistintamente.

A lato di questa asinergia non dubbia dei muscoli della laringe è possibile che tutti i muscoli accessorî della fonazione (lingua, gola, velopendolo) siano colpiti egualmente e che il loro asincronismo funzionale aumenti il disturbo disartrico. *dr.*

DERMATOLOGIA.

L'eczema tubercolide.

(G. MILIAN. *Paris médical*, 6 marzo 1920).

Il Clinico dell'Ospedale Saint Louis di Parigi espone in quest'articolo il riassunto di numerose impressioni cliniche, com'egli stesso si esprime, e che, vagliate al lume di ulteriori osservazioni e studi, possono essere di grande importanza pratica per quanto si riferisce alla patogenesi ed alla terapia dell'eczema.

La patogenesi dell'eczema è sempre fra i problemi più discussi della dermatologia. Delle due dottrine principali che hanno tenuto a lungo il campo, la dottrina parassitaria di Unna attribuiva l'origine dell'eczema ad uno o più germi specifici inoculabili all'uomo ed agli animali. La dottrina umorale o diatesica della scuola francese ammette l'esistenza di sostanze tossiche, paragonabili a quelle del diabete, della gotta e dell'uricemia, che si eliminano per la pelle. Le alterazioni delle urine ne sarebbero una dimostrazione: abbassamento del rapporto azoturico, aumento dei cloruri, presenza d'urobilina, ecc. Secondo questa dottrina l'eczema essudante avrebbe importanza emuntoria.

Il M. osserva che non sempre le osservazioni cliniche di tutti i giorni trovano spiegazioni nella teoria umorale chimica, malgrado questa sia forte di numerosi fatti e documenti. Egli trova strano anche il fatto che l'eczema è così spesso circoscritto e può recidivare sempre nella stessa sede, mentre che le sostanze tossiche eczemigene circolano in tutto l'organismo. Ma sopra tutto la teoria umorale non varrebbe a spiegare la guarigione dell'eczema mediante le sole cure locali (raggi Röntgen, pomate al catrame), e l'inefficacia di ogni più dettagliato regime dietetico e terapeutico se a questo non si associ il trattamento locale. La teoria umorale chimica ha messo in evidenza le alterazioni della crasi negli eczematosi, ma non ha potuto spiegare la vera patogenesi dell'eczema nè ha dato le basi ad una terapia efficace.

L'A. è stato tratto per la prima volta a pensare alla probabile origine tubercolare dell'eczema dallo studio di un caso clinico occorsogli quindici anni fa: si trattava di un uomo sulla cinquantina che, affetto da tubercolosi polmonare acuta da circa tre settimane, aveva presentato per la prima volta in vita sua un eczema vescicoloso disseminato a chiazze. I fatti polmonari e l'eruzione cutanea ebbero un decorso parallelo e guarirono dopo 4-5 mesi. Ma dopo alcuni mesi recidivarono gli uni e gli altri fenomeni, ad un intervallo di 4 mesi

i primi dai secondi, e presentarono ancora lo stesso decorso ed esito in guarigione. Questa coincidenza ripetuta d'una forma emottoica di tubercolosi polmonare e di una violenta eruzione eczematosa fecero pensare l'A. alla possibilità di un'origine tubercolare dell'eczema. Nel caso ricordato si ebbero anche notevoli alterazioni delle urine: glicosuria (gr. 4.40 ‰) e urobilinuria nel primo attacco; lieve albuminuria ed urobilinuria senza glicosuria nel secondo.

La continua pratica clinica degli anni successivi ha portato all'A. numerosi fatti in favore del suo concetto; sì che al presente considera l'eczema vescicoloso come un sintoma dell'infezione tubercolare almeno nell'80 % dei casi, e riporta gli altri casi ad altre malattie quale la gotta, fors'anche la sifilide, e talvolta la stafilococcosi. Ed afferma che *l'eczema vescicolare è dunque una tuberculide nell'80 % dei casi.*

Già Unna aveva sostenuto che la tubercolosi potesse produrre l'eczema ed aveva descritto l'*eczema tubercolorum* o *scrophulosorum*. Ma forse per la scarsa precisione della forma clinica descritta sotto questa denominazione, come nota l'A., il concetto dell'eczema tubercolare incontrò dovunque delle ostilità, nella scuola tedesca come nella francese.

L'A. sostiene con numerose osservazioni e casi clinici il concetto che l'eczema si sviluppa molto frequentemente sul terreno tubercolare. Alla constatazione del Leredde, che gli eczematosi recidivi spesso sono colpiti da bronchite cronica enfisema asma, il Milian osserva che spesso queste forme morbose mascherano una tubercolosi latente e sclerotizzante.

Secondo il Leredde ancora, l'eczema può alternarsi con manifestazioni varie della diatesi artritica; e a questo proposito l'A. nota che l'artritismo spesso è l'espressione di una infezione tubercolare larvata, che vaccina l'organismo contro le forme acute della tubercolosi e spiega così l'apparente antagonismo fra tubercolosi ed artritismo.

In tutti i casi di eczema l'A. ha quasi costantemente trovato la infezione tubercolare, clinicamente manifesta, o torpida sclerotica ossea scrofulare, ecc.; in una parola ha sempre accertato la presenza del terreno tubercolare. Ed, a dimostrazione di quanto afferma, cita in breve alcuni casi fra i più tipici. Talvolta ha osservato la successione o la coesistenza dell'eczema con altre forme di tubercolidi, come il *lichen scrofulosorum*. È anche frequente osservare un'eruzione di eczema vescicolare tipico svilupparsi tutt'attorno ad un focolaio di tubercolosi cutanea od anche a distanza sulla superficie del corpo, come se l'eczema abbia origine diretta da quel focolaio.

In armonia con quest'ultima serie di fatti è importante un'osservazione del Besnier: Le eruzioni successive di eczema in certi casi sembra abbiano per punto di partenza una chiazza di eczema cronico che rappresenta quasi la cittadella della malattia; in questi casi importa poco occuparsi delle manifestazioni acute che tendono a guarire spontaneamente o sotto l'influenza delle misure d'igiene e con la semplice polvere d'amido; occorre sopra tutto curare radicalmente la chiazza d'eczema cronico.

Questi fatti secondo l'A. contrastano con la teoria umorale. E cita un caso di un bambino affetto da ulcera tubercolare al mento contratta per contagio locale. Dopo alcuni mesi, dapprima attorno all'ulcera sulla cute della faccia e poi a distanza su gran parte della superficie cutanea si manifestarono numerose chiazze di eczema vescicolare essudativo. E così la chiazza d'eczema primario avrebbe dato origine alle chiazze secondarie, come il sifiloma iniziale dà luogo agli accidenti secondari. Nell'eczema primario il bacillo tubercolare avrebbe la stessa importanza della spirocheta nel sifiloma iniziale.

In molti casi il decorso della singola chiazza d'eczema, per la sua forma rotonda, la progressione in senso centrifugo, la recidività nella stessa sede, si spiega ammettendo l'intervento d'un agente infettivo e non la presenza di una sostanza tossica in circolo, prodotta in tutte le regioni dell'organismo.

La nozione della reazione eczematosa della cute si spiega perfettamente con la teoria microbica tubercolare dell'eczema.

Per la tubercolosi come per la sifilide ed altre infezioni è provato il valore etiologico del trauma come causa di richiamo e di localizzazione dell'infezione latente. Qualunque sia lo stimolo esterno, una tintura per capelli o il cemento per i cementisti, il risultato può essere identico in un caso di tubercolosi latente, in cui si possono sempre avere immissioni in circolo di scariche di bacilli tubercolari che possono arrestarsi nella regione cutanea comunque stimolata, oppure scariche tossiche di tossine tubercolari capaci di produrre nelle stesse regioni speciali reazioni morbose dei tessuti. Come anche si può ammettere che le affezioni del sistema digerente determinino la migrazione a distanza di bacilli eczemigeni. Si può pensare ancora che certi eczemi acuti d'origine medicamentosa dipendano non dal bacillo tubercolare per se stesso, ma dalle sue tossine, così come la cuti- e l'in-

tradermoreazione alla tubercolina sono quasi l'espressione del conflitto fra la tubercolina endogena e l'esogena.

L'A. avverte che tutte queste ipotesi, lungi dall'aver portato già a dimostrazioni definitive, corrispondono soltanto a concetti logici, atti a spiegare con la teoria microbica tubercolare le particolarità etiologiche e cliniche dell'eczema vescicolare, che tuttora allo stato attuale della scienza restano oscure al lume di ogni altra teoria patogenetica.

Anche la terapia dell'eczema lascia sempre a desiderare. Malgrado i regimi dietetici più precisi ed eclettici, non sempre però rispondenti a principî scientifici, l'eczema continua il suo decorso e volge a guarigione quasi sempre indipendentemente dalla dieta istituita. Anzi secondo l'A. le diete istituite sulla base di multiformi esclusioni alimentari finiscono per nuocere al soggetto tubercolotico, che ha bisogno di ipernutrirsi.

Quanto al trattamento locale, il catrame ed i raggi Röntgen sono fra i mezzi più efficaci: il catrame che è sempre stato il medicamento di maggior uso contro la tubercolosi polmonare, i raggi Röntgen tanto benefici nella tubercolosi ossea, cutanea, ecc.

I successi ottenuti dal Marfan negli eczemi dei neonati mercè la cura dell'alta montagna sarebbero da rapportarsi alla natura tubercolare dell'eczema.

Il M. aspetta dalle osservazioni avvenire la conferma della sua teoria patogenetica dell'eczema.

P. SABELLA.

STORIA DELLA MEDICINA.

Per la storia della fonetica biologica.

Laennec studioso della voce umana.

Verso la fine dell'anno scorso, in Francia, a Quimper, si è festeggiato solennemente il centenario di un libro immortale: *Le Traité de l'auscultation médiate* di Laennec, apparso nel 1819. In tale occasione numerosi scritti commemorativi hanno rinnovato le fronde di lauro che circondano la figura e l'opera del grande clinico, ma un lato minore della sua indagine è rimasto trascurato, come d'altronde viene dimenticato in tutti i più recenti lavori di fonetica biologica o sperimentale: e cioè l'importanza di Laennec nel progresso degli studi sull'analisi della voce umana.

Bisogna riportarsi alle conoscenze dei tempi e ricordare come avanti le ricerche che intraprenderà il Müller (1839), la genesi della voce era tuttavia oggetto di discussioni ferventi. Benchè mirabile contributo avessero dato gli italiani alla fonetica sperimentale — e bastino alcuni nomi, da Leonardo da Vinci al Casseri, a Fabrizi d'Acquapendente, al Morgagni (1) — e sebbene fra noi fosse stato pubblicato il primo trattato metodico sulle malattie della voce col *De vitiis vocis* di Codronchi (1597), alla fine del secolo XVIII, il desiderio di conoscere bene il meccanismo fisiologico della fonazione sembrava avesse preso stanza in Francia.

E qui, specie all'Accademia delle Scienze di Parigi, la disputa si accese, dando larghi echi e certo con utilità del progresso scientifico: i nomi di Dodart, di Perrault, di Ferrein e più tardi di Serres, di Geoffroy Saint-Hilaire, e poi del Gerdy e del Magendie, sono quelli che più ricorrono.

In questo ambiente sorge a meditare il Laennec, curioso di tutte le questioni di acustica fisica. L'invenzione stessa del suo strumento di indagine clinica (2) è derivata — ed origina a sua volta — da numerosi problemi che in gran parte sono tuttora insoluti: cosa è l'essenziale nello stetoscopio? la materia, di cui è fatto il tubo o le dimensioni di esso e della colonna d'aria inclusa? conviene ricorrere per esso a legni duri o a legni teneri? o a materiali anche più molli del legno? la colonna d'aria interna deve essere ampia o sottile, breve o lunga. Vi fu chi raccomandò il tubo di legno di abete, che conduce i suoni 18 volte meglio dell'aria, e chi scelse invece il tubo floscio di guttaperca, in cui la trasmissione è affidata soltanto alla colonna d'aria interna....

Con il suo cilindro Laennec ha trovato un modo agevole di studiare la voce umana e prova la gioia austera di numerose scoperte: egli con lucidità mirabile fa conoscere ciò che la voce può dare all'orecchio di coloro che sapranno ascoltare.

Laennec dà all'*auscultation médiate* varii còmpiti, uno fisiologico, e cioè l'ascoltazione della respirazione e della voce, l'altro patologico, e cioè della tosse, tubaria o cavernosa, e dei rumori estranei al respiro e alla voce.

« Dès les premiers jours où je commençai mes recherches sur l'auscultation médiate, je songeai à déterminer les différences que pouvait présenter la résonnance de la voix dans la poitrine ».

Egli ha stabilito che quando un uomo sano parla o canta, la sua voce si ripercuote in tut-

---

(1) KNOPF. *Die Lehre von den Sprachstörungen bei Morgagni.* (Med. pädag. Monatssch. f. die gesamte Sprachheilkunde, 1898).

(2) E. BAQUIS. *Modificazione allo stetoscopio del Laennec.* (Sperimentale, 1888). — R. GEIGEL. *Die akustische Leistung von Communicationsröhren und Stethoskopen.* (Arch. f. Pathol. Anat. und Psysiol., C. XL, 1895). — W. EBSTEIN. *Einige Bemerkungen zu der Geschichte des Stethoskops.* (Deut. Arch. f. klin. Med., 1901).

to l'apparato respiratorio; e se si cerca con l'ascoltazione di valutare questa ripercussione, si trova che varia nella laringe, nella trachea, nei grossi bronchi, nel tessuto polmonare.

Nella laringe e nella porzione superiore della trachea la voce risuona con tanta forza che lo stetoscopio applicato sulle parti del collo che corrispondono a questi organi la trasmettono intera all'orecchio dell'osservatore e l'orecchio restato libero non percepisce più quella che esce dalla bocca. La risonanza è un po' meno forte nella parte inferiore della trachea e la voce non attraversa più così evidentemente lo stetoscopio applicato sulla parte alta dello sterno.

Nel tessuto polmonare e nelle ramificazioni bronchiali la risonanza della voce è quasi nulla e non si percepisce all'ascoltazione che un fremito leggero analogo a quello che sente la mano applicata sul torace di un uomo che parla. Tuttavia, nelle persone a voce forte e grave, in qualunque punto della superfice toracica si applichi lo stetoscopio, si percepisce una risonanza così forte come quella che esiste d'ordinario nello spazio interscapolare. Quando per una causa qualsiasi il tessuto polmonare perde la sua permeabilità, la risonanza della voce può divenire sensibile nei piccoli rami bronchiali ed essa aumenta molto nei grossi bronchi, se l'induramento ha luogo verso la radice del polmone. È la *broncofonia*.

Quando per una causa qualsiasi si formi una escavazione nel tessuto polmonare ed essa comunichi con i bronchi, la risonanza della voce in questo punto diviene simile a quella che fa udire lo stetoscopio applicato sulla laringe. È la *pettoriloquia*.

Studiare le sue modalità e le condizioni di produzione equivale a studiare molte questioni di fonetica biologica; ed egli lo fa con il suo abituale metodo severo.

« On peut trouver, par la comparaison de ce qui a lieu dans certains instruments à vent, la raison de ces différences: on sait que plus le diapason d'une flûte est grave, et moins on en peut tirer de son, et que les *basses* de flûte traversière que l'on a essayé de faire à l'octave de cet instrument ne donnent qu'un murmure sourd, et à peine plus sonore que celui du vent passant dans un tuyau de poêle. La colonne d'air que les lèvres et l'haleine du musicien peuvent pousser par l'embouchure étroite de l'instrument est trop faible pour faire résonner une capacité aussi vaste ».

L'*egofonia* è una risonanza particolare della voce che si fa sentire presso a poco negli stessi punti della broncofonia, coincide spesso con essa, ma è legata a condizioni anatomiche diverse. L'egofonia semplice è caratterizzata « par une voix trèmblotante et saccadée comme celle d'une chèvre, ayant un timbre aigu et en quelque sorte argentin que n'offre point la voix du malade, s'introduisant rarement dans le tube du stéthoscope, et ne le traversant jamais complètement. Lorsqu'il s'y joint de la bronchophonie, cette voix chevrotante se rapproche de celle que détermine un jeton placé entre les dents et les lèvres d'un homme qui parle, ou bien encore de la *voix de Polichinelle* ».

Tutta questa nuova nomenclatura, ancora oggi in uso, è quella data da Laennec; di ogni fenomeno, di ogni segno ricerca il meccanismo e risolve quasi sempre così nettamente il quesito da non esser possibile di mutarvi più nulla.

La risonanza della voce nel fondo della bocca e nelle fosse nasali si percepisce pure più o meno su tutta la superfice della testa: proposizione che è stata di recente riaffermata dalle ricerche di Flatau e di Zimmermann sulle vibrazioni del cranio e della faccia nell'emissione della parola e del canto.

GUGLIELMO BILANCIONI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

X Congresso Pediatrico italiano.

Fu tenuto a Trieste nella sede dell'Ospedale Civile, nei giorni dal 23 al 26 settembre, ed è riuscito ottimamente sia per la precisione di organizzazione da parte della Presidenza della Società Italiana di Pediatria, quanto del Comitato triestino e per il numero degli intervenuti. Tutte le Cliniche pediatriche del Regno erano rappresentate con i proff. Comba, Iemma, Cattaneo, Francioni, Spolverini, Cozzolino, Cannata, Di Cristina, Caronia, Fiore, Pincherle, Modigliani, Cacace, Allaria, ecc., e numerose sono state le adesioni di Provincie, Comuni, Enti di beneficenza. Le relazioni all'ordine del giorno erano due:

1ª *Vaccinoterapia nelle malattie infettive della infanzia* (proff. CARONIA e DI CRISTINA).

2ª *Assistenza alla prima infanzia* (proff. ALLARIA e MODIGLIANI).

Delle due importanti relazioni diamo un sunto.

Vaccinoterapia (prof. CARONIA, Napoli). — L'O., fatta la storia del metodo del quale i primi tentativi risalgono a Wright, tratteggia le tre tappe principali della vaccinoterapia fino a questo momento, la prima segnata dallo stabilirsi del principio di poter combattere la malattia mediante lo stesso agente morboso; la seconda dallo impiego nella pratica vaccinale della via endovenosa (Ishikawa); la terza caratterizzata dalla introduzione dei nuovi tipi di vaccini, sia specifici che aspecifici, e dall'aprirsi del nuovo capitolo della *proteinoterapia*.

Fatta una esatta ed ampia rivista dei varî tipi di vaccini specifici ed aspecifici, dimostra la su-

periorità e l'efficacia dei vaccini lisizzati (Di Cristina e Caronia)), le vie migliori di introduzione nel bambino, le dosi, e tracciato un quadro della reazione vaccinica e del meccanismo di azione del vaccino, accenna alla nuova teoria del Wright, per cui ogni organismo avrebbe dei poteri di difesa naturali (filassi) e dei mezzi di distribuzione di questi poteri (catafilassi). Filassi e catafilassi rappresenterebbero l'immunità naturale che con stimoli appropriati (vaccini, proteine) noi possiamo rinforzare provocando una reazione di arricchimento.

Citate le varie ipotesi per spiegare il processo vaccino-terapico secondo l'O. con la vaccinoterapia omologa, si ha esaltamento della immunità allergica e l'entrata in azione di altri elementi di difesa aspecifici, per effetto della vaccinoterapia aspecifica entrano in azione quasi esclusivamente gli elementi di difesa aspecifici. Enumerate le applicazioni e i risultati della vaccinoterapia nelle diverse forme morbose della infanzia, l'O. conclude affermando che:

a) la vaccinoterapia nelle infezioni batteriche dà buoni risultati, superiori a quelli di tutti i metodi curativi oggi in uso, mentre risultati nulli dà nelle infezioni protozoarie;

b) la vaccinoterapia specifica, specie con vaccini lisizzati, registra i migliori e più costanti successi di fronte alla vaccinoterapia aspecifica, che trova la sua indicazione nelle forme morbose infettive ad etiologia ignota.

DI CRISTINA (Palermo). — L'O., dopo un minuto esame delle condizioni immunitarie del lattante ed una precisa disamina della immunità congenita, della immunità allergica naturale, della immunità indeterminata e della allergica provocata, accenna alla tecnica vaccinoterapica nel lattante, al metodo di Wright modificato, ai varî tipi di vaccini (lisizzati, aspecifici).

L'immunità nel lattante è sostenuta da tre fattori: 1° allattamento; 2° sviluppo dell'accrescimento regolare dell'organismo; 3° eredità immunitaria. L'immunità nel lattante è trasmessa, allergica e cellulare ed indeterminata. Il meccanismo di azione dei vaccini non è ben chiaro, poichè spesso intervengono fattori di compenso non bene studiati con azione imponente. Nel primo trimestre il lattante si lascia influenzare ben poco dall'uso dei vaccini, nell'età ulteriore è meglio influenza l'immunità indeterminata, per la quale rispondono bene i vaccini lisizzati e la *proteinoterapia*.

Il lattante è agevolato dagli interventi vaccinali e risente grandissimi beneficî specie nella sepsi dovuta a cocchi: la tubercolosi, in tutte le sue manifestazioni nel lattante, non è influenzata dalla vaccinoterapia.

La vaccinoterapia nel lattante è la più ardita applicazione del laboratorio ai servizî della clinica: essa dà già risultati buoni e ne darà migliori quando la tecnica dei vaccini sarà perfezionata.

Assistenza alla prima infanzia legittima (professor ALLARIA, Torino). — Accennato alla mortalità infantile in Italia, che è ancora doppia di quella minima di altri Stati (Norvegia), afferma che tre gruppi di malattie concorrono a ciò: le affezioni acute dell'apparato digerente; le affezioni congenite; le affezioni acute dell'apparato respiratorio; l'età, il sesso, le stagioni, i climi, le calamità pubbliche, lo stato civile dei bambini, lo stato di salute ed economico dei genitori favoriscono l'elevatezza della mortalità nella prima infanzia, e così anche il tipo di allattamento e la professione dei genitori.

I mezzi per combattere tale mortalità sono tre: 1° l'istruzione pediatrica; 2° la legislazione sanitaria; 3° l'assistenza diretta all'infanzia. Dimostrata l'utilità dell'insegnamento pediatrico obbligatorio ed alle leggi provvide che concorrono alla tutela del bambino, dice che l'assistenza di esso spetta alla madre ed alla famiglia: le pubbliche istituzioni aiutano ed integrano il compito della madre e della famiglia e quando questo manca lo sostituiscono.

L'assistenza ambulatoria si svolge con consultazioni periodiche pei lattanti, distributorî di latte, di farine, di corredini, di medicinali e come aiùto alimentare alla madre nutrice (refettorî): l'assistenza con ricovero abbraccia le sale di custodia, l'asilo di lattanti sani di madri malate, l'asilo materno, le *pouponnières*. Istituzioni sussidiarie sono le *visitatrici a domicilio*, i Comitati per il lavoro a domicilio, e l'Ufficio del baliatico. In Italia queste opere hanno raggiunto un notevole sviluppo, specie per opera di pediatrî, e costituiscono uno dei mezzi più forti per combattere la mortalità infantile.

Assistenza alla prima infanzia illegittima (professor MODIGLIANI, Roma). — L'O., dimostrata con dati di fatto e cifre la diminuzione del numero dei bambini illegittimi nati in Italia dal 1887 ed alla diminuzione degli esposti, accenna alla mortalità fra gli illegittimi e gli esposti che, è doloroso il dirlo, è il doppio in confronto a quella che si verifica fra i legittimi, ed è quasi esclusivamente a carico degli assistiti nei brefotrofi.

Lamenta che questi Istituti diano relazioni scarse, saltuarie ed incomplete, più che altro con lo scopo di mettere nella migliore luce i risultati ottenuti, e fatta una minuta analisi delle principali cause di morte, con critica stringente e serrata segnala tutte le deficienze dei brefotrofi, venuti meno alla loro originaria funzione di deposito temporaneo degli esposti, con corrispondente aumento di bambini posti ad allattamento artificiale. Per effetto della guerra questa condizione di cose è andata fino all'intollerabile: le cifre del Brefotrofio di Roma bastano a dimostrarlo: fra i bambini posti ad allattamento artificiale moriva il 93 %, e ciò, tranne rare eccezioni, si avverava in tutti i Brefotrofi del Regno.

Unica via di uscita a questo stato di cose è quella di assicurare al bambino illegittimo il *latte* della propria madre: ed assicurargli la *madre*. Questo compito implica una serie di provvedimenti sociali necessarî: ricerca della maternità, della paternità, abolizione dei Brefotrofi. Accenna alle obiezioni a questa riforma per la quale il 50 % delle nostre Provincie si sono mostrate favore-

voli ed alle varie proposte di trasformazione di questi Istituti.

Come programma di azione dovrebbe primariamente abolirsi la *ruota*, applicando largamente la ricerca amministrativa della maternità, dovrebbero essere migliorate le condizioni interne del brefotrofio, che dovrebbe essere istituto modello di puericoltura.

L'assistenza extrabrefotrofiale deve essere diretta all'assistenza alla madre (materiale, igienica, legale, sociale), ed al bambino: questo compito spetta al pediatra e come tipo di questa assistenza cita l'esperimento attuato nella Capitale dall'*Assistenza materna* organizzata dall'oratore, che ha dato risultati sostanziali.

La direzione dei Brefotrofi poi, secondo il Modigliani, dovrebbe essere affidata a personale tecnico, responsabile ed indipendente, in modo che questo istituto cessi di essere la cittadella chiusa della illegalità legalizzata.

Queste relazioni sull'assistenza alla infanzia dettero luogo ad una discussione alta ed elevata e come corollario nella seduta del 24 fu approvato alla unanimità, dal Congresso, il seguente ordine del giorno presentato dal prof. Spolverini di Roma:

«Il Congresso, considerato che la protezione della infanzia si svolge al presente in Italia in modo irrazionale, incompleto e disorganizzato in mancanza di una legge adatta;

riconosciuta la necessità che ogni opera di assistenza debba svolgersi parallelamente a quelle di previdenza, di educazione e di cultura indispensabili per una completa e razionale protezione della infanzia;

fa voti che i poteri costituiti, in linea principale, basandosi sugli istituti delle Provincie, dei Comuni, su quelli di assicurazione e scientifici e tenendo presenti le numerose iniziative pubbliche e private già esistenti a favore dei bambini, promulghino una liberale ed organica legislazione per tutta l'Italia a favore della infanzia tanto legittima che illegittima, in modo da garentire ovunque l'assistenza completa alla madre ed al bambino in ispecie lattante;

in linea subordinata provvedano subito alla trasformazione totale degli attuali Brefotrofi in Asili per l'assistenza alle madri ed ai bambini sotto la direzione e la responsabilità del medico pediatra, ed inoltre che nei luoghi sede di Università il Direttore della Clinica Pediatrica sia di diritto membro della Commissione amministratrice del Brefotrofio con l'autorizzazione di valersi del materiale clinico per l'insegnamento ufficiale».

Nei giorni susseguenti fino al 26 furono fatte da soci ed aderenti al Congresso varie comunicazioni.

A sede del futuro Congresso fu scelta Milano. Procedutosi alle elezioni delle cariche della Società Italiana di Pediatria, fu nominato Presidente il prof. Comba di Firenze e vice-presidente il prof. Iemma di Napoli. A Presidente onorario fu nominato l'illustre prof. Luigi Concetti.

GENOESE.

Società Lombarda di Scienze mediche e biologiche in Milano.

Seduta del 4 giugno 1920.

Presidenza del prof. DEVOTO.

Il clono ritmico del diaframma nell'encefalite epidemica.

MONCALVI L. — Il clono ritmico del diaframma fu segnalato con una certa frequenza nelle sindromi encefalitiche che caratterizzano l'ultima epidemia d'influenza. Esso può inoltre presentarsi come manifestazione nervosa monosintomatica nel corso o nel seguito di un semplice attacco influenzale. Questo singolare fatto spastico, che quando non è accompagnato dal singhiozzo nè dal clono simultaneo dei muscoli addominali ha una fisionomia veramente caratteristica, oltre costituire, se presente, un buon segno diagnostico, permette di stabilire un ulteriore punto di collegamento tra il processo infettivo eminentemente neurotossico dell'influenza e le molteplici espressioni cliniche culminante nella cosidetta encefalite epidemica.

Sulla cura di talune cisti ossee.

MAJOCCHI A. — L'O. riferisce un caso interessante di cisti ossea da lui operato e guarito.

L'O. si intrattiene sulla patogenesi di queste cisti. Si estende poi sulla cura chirurgica, la quale consistette nel suo paziente nella osteotomia con apertura delle cisti, scucchiaiamento e cauterizzazione.

L'O. dimostra con radiografie eseguite successivamente il processo di riparazione.

Encefalite epidemica e malattia di Parkinson.

MEDEA E. — A proposito di due casi capitati sotto la sua osservazione e presentanti in pieno la sintomatologia del morbo di Parkinson, l'O. richiama l'attenzione sulla necessità di un esame accurato e di una accurata anamnesi per evitare eventuali errori diagnostici tra una paralisi agitante vera e propria e una sindrome parkinsoniana da E. E. Si tratta di forme che miglioreranno col tempo come miglioreranno molti degli esiti dell'E. E., o queste sindromi si faranno stabili o, peggio ancora, evolveranno in senso progressivo come le vere paralisi agitanti? L'O. ritiene che la prognosi debba essere assai riservata, almeno pei casi che presentano la gravità di quelli da lui osservati. Infine l'O. esprime il concetto che la malattia di Parkinson sia un'affezione organica del sistema nervoso centrale.

Azione curativa dello stato anafilattico (malattia da siero) nelle manifestazioni di diatesi emorragica.

RONCHETTI V. — Storia clinica di un caso di peliosi reumatica e di un caso di morbo maculoso di Werloff, nei quali le manifestazioni emorragiche, scomparse temporaneamente in seguito ad iniezioni di siero, cessarono del tutto collo stabilirsi di una sindrome di malattia da siero. Raffronto

di tali due casi col caso analogo riferito da Dufour e Cron. Discussione ed accenno alla possibilità che la regola risultante dalla osservazione di Widal, Abrami, di Dufour e Cron, di Dufour e Hello possa subire delle eccezioni, in quanto anche l'esantema di un siero può talora, sia pure rarissimamente, presentarsi in forma di esantema emorragico, come in un caso personale che viene riferito.

LUIGI PRETI.

Società Medico-Chirurgica di Pavia

Seduta del 9 luglio 1920.

Alterazioni degli elementi del sangue.

La dottoressa BOCCADORO ha fatto oggetto di una sua comunicazione un «*Contributo allo studio delle alterazioni degli elementi del sangue in diversi stati patologici*», colla fondamentale idea direttiva che le sue ricerche dovessero svolgersi nel doppio indirizzo: quello sperimentale e quello dell'osservazione clinica.

Nel lavoro *in extenso* di prossima pubblicazione si trovano descritti in dettaglio così le alterazioni morfologiche più accentuate che ha potuto verificare negli elementi del sangue, come le differenze legate ai diversi stati patologici.

Esperimenti di vaccinoterapia per via respiratoria.

GASBARRINI A. — L'O. riferisce i risultati di alcuni tentativi di vaccinoterapia per via respiratoria in forme aperte di tubercolosi polmonare, impiegando vaccini polivalenti antipiogeni, allo scopo di influenzare la cooperazione della cosidetta flora associata, a cui spesso si devono riferire le temperature elevate e tenaci dei tubercolosi. L'O. si è servito di un nebulizzatore recentemente ideato dal Nicolaj, che risponde ai requisiti fondamentali della terapia inalatoria. I vaccini somministrati per via aerea furono sempre ben tollerati e non provocarono mai reazione intensa, come si ha invece allorquando sono introdotti nelle vene. Nelle lesioni tubercolari poco estese la temperatura si abbassava più o meno, subito dopo le prime nebulizzazioni di vaccino; in un caso la diminuzione della febbre fu graduale e si raggiunse l'apiressia in poco tempo. Di solito, con l'abbassarsi della temperatura si notava una riduzione della quantità di escreato emesso nelle 24 ore. La somministrazione dei comuni antipiretici o le nebulizzazioni fatte con semplice vapor acqueo per diversi giorni prima del trattamento non modificavano sensibilmente la curva termica. In casi di lesioni tubercolari vaste le regressioni termiche furono lievi, instabili e soprattutto temporanee, cosicchè, sospendendo le nebulizzazioni, la febbre tendeva a risalire.

Modificazioni ematologiche ed urologiche in una particolare forma di emoglobinuria sperimentale.

L. CONTI. — L'O. ha provocato su cani accessi emoglobinurici iniettando nel peritoneo di essi per ogni kg. di peso di animale 5 cc. di sedimento di sospensione di emazie di cane in sol. fis. al 0.85 % centrifugate a 3 mila giri, indi laccate con H_2O sterile e isotonizzate, e ha potuto vedere:

1° che durante l'accesso emoglobinurico, mentre l'animale emette con le urine (albumina, ossiemoglobina, pigmenti biliari, urubilina) si hanno modificazioni notevoli del sangue (diminuzione del tasso emoglobinico, del numero dei globuli rossi, aumento dei globuli bianchi) le quali fuor dell'accesso scompaiono;

2° che ripetute iniezioni endoperitoneali se fatte a lunghi intervalli di tempo preservano l'animale dalla emoglobinuria e si ripercuotono beneficamente sul sangue portando stabilmente al disopra della norma il tasso emoglobinico, il numero dei globuli rossi e dei globuli bianchi (sempre leucocitosi linfocitica);

3° che si riesce ad evitare l'emoglobinuria lasciando invariata o quasi la crasi sanguigna allorchè il liquido prima della iniezione si inattivi a 56° per 3 ore oppure si inietti nelle vene contemporaneamente al liquido del siero di cane reso emoglobinurico.

I nostri prigionieri di guerra in Germania. - Note anatomo-patologiche macroscopiche e cliniche.

REINA G. — Fa un'esposizione dettagliata del cibo distribuito colà ai prigionieri di guerra dimostrando in modo palese l'enorme differenza fra il reale fabbisogno per la vita di essi ed il minimo quantitativo somministrato, assolutamente insufficiente anche alla vita più misera. Passando in rassegna le varie forme morbose che colpirono prevalentemente i nostri prigionieri, mette in evidenza l'alta percentualità di morti avuta.

Parlando dell'idremia degli affamati mette in rilievo, nei riguardi clinici, specialmente la temperatura sempre sub-normale e la bradicardia accentuata (da 35 a 40 puls. al minuto). Accenna a bradicardie più marcate notate da autori tedeschi. Hulse in qualche caso notò solo 26 puls. al minuto. I reperti anatomo-patologici dimostrano, in ogni caso venuto a morte, una marcata atrofia degli organi (il cuore pesò talvolta solo 150 gr. circa) e la scomparsa totale dell'adipe, in relazione indiscussa coll'affamamento, col freddo, colle fatiche inumane studiatamente imposte ai prigionieri. Parla di frequenti casi di polmonite lobare astenica e del sorprendente numero di casi di tubercolosi specialmente polmonare colà verificatisi.

Sull'estirpazione del fegato.

A. PERRONCITO. — Premesse alcune osservazioni circa il metodo col quale si ottiene l'anastomosi fra la vena porta e la vena cava ed esposte le ragioni per cui l'operazione di Tansini, le altre che la equivalgono e specialmente quella dell'A. che appartiene a questo gruppo, è preferibile all'operazione di Eck e a quella di Queirolo. L'A. sostiene che l'estirpazione del fegato, per scindere quanto è possibile l'azione dello schock operatorio, da quello della mancanza dell'organo, deve essere

fatta in due tempi, fra i quali intercedano almeno alcune settimane: anastomosi della porta con la cava e estirpazione del fegato.

In base alle proprie ricerche ritiene che assolutamente non si possono considerare equivalenti la legatura dell'arteria epatica in seguito alla deviazione del circolo portale e l'estirpazione del fegato: di quest'ultimo esperimento soltanto egli intende di occuparsi nella presente comunicazione.

Ritiene del pari necessario evitare di sottoporre l'animale prima dell'operazione a un periodo di digiuno eccessivamente lungo per quanto operando così si ottenga più facilmente una sopravvivenza relativamente maggiore dell'animale.

I cani operati muoiono in un periodo che varia da 2 a 8 ore. Relativamente alla causa della morte, contrariamente a quanto si ammette, l'A. sostiene in base ai suoi risultati, che non si può ritenere dimostrato essa provenga da un avvelenamento da carbamato di ammonio e neppure da una intossicazione acida.

L'A. si è occupato in modo speciale del ricambio dell'azoto; per quanto riguarda le orine i suoi risultati, più completi e più fini, rispondono però alle linee generali di quelli della scuola di Paulow e di Abderhalden. Per ciò che riguarda il sangue invece, egli ha potuto mettere in evidenza fatti che stanno in disaccordo con le ricerche di quegli osservatori, e fatti completamente nuovi.

Dal punto di vista delle costanti fisico-chimiche si ha un abbassamento del punto di congelazione e un aumento della conduttività elettrica specifica.

Dal punto di vista dei corpi azotati, egli ha notato a lato di quantità di ammoniaca relativamente assai piccole, una diminuzione notevolissima dell'azoto ureico, il quale in taluni casi arriva a non essere più dosabile coi comuni metodi di ricerca. Ancora più caratteristico è l'aumento dell'acido urico che arriva nel sangue del cane (animale a ricambio purinico essenzialmente in allantoina), a cifre che sono fino ad oggi note soltanto per il sangue dell'uomo uricemico prima dell'accesso gottoso.

A. GASBARRINI.

Società Medico-Chirurgica Anconetana.

V adunanza — Luglio 1920.

Chirurgia del piede varo-equino.

Dott. LUIGI LOVADINA. — L'O. dopo aver discusso la etiologia svariata e le alterazioni anatomiche, accenna alle varie cure meccaniche incruente, e dice che da esse non ebbe mai la fortuna di vedere meravigliosi risultati, come alcuno afferma. Discute i vari metodi cruenti, e dell'operazione di Phelps dice che essa può essere fatta utilmente, ma non vi è da sperare il risultato che si ha negli interventi ossei. Egli invece ha ottenuto ottimi risultati con l'astragalectomia, la quale toglie il *corpus nequitiae*, accompagnata da achilleoplastica ed eventualmente Phelps. La guarigione avviene subito ed è stabile.

Manifestazioni di tetania negli adulti.

Dott. NINO DE PAOLI. — Espone due casi osservati in donne e dipendenti dalla maternità. Avvenuto il parto nella prima donna e sospeso l'allattamento nella seconda, ogni fenomeno scomparve. È ammesso che tali fatti dipendano dallo apparato *paratiroideo*.

In un terzo caso le manifestazioni tetaniche scoppiarono in seguito ad influenza, che è tra le malattie infettive quella che facilmente fa insorgere la sindrome.

In un quarto caso con lesione tiroidea e accessi di tetania i numerosi fenomeni di tetania sono, secondo l'O., da porre in relazione con la lesione alla tiroide che ha interessato forse le paratiroidi interne.

Ciste del mesentere.

Dott. GIULIO MARCORELLI. — L'O. riferisce la storia clinica d'una ciste mesenterica vascolare chilosa, guarita in un operaio di 50 anni con intervento chirurgico.

Tumori infiammatori da iniezioni di olio canforato (Vaselinomi).

Dott. G. VISSANI. — L'O. richiama l'attenzione dei colleghi — e ne mostra alcuni casi clinici — sopra una speciale forma di tumore infiammatorio che in qualche caso tiene dietro alle iniezioni di olio canforato con olio di vaselina (vaselinomi).

L'O. crede che oltre l'olio di vaselina vi entri anche la speciale costituzione dei soggetti, avendo osservato questi vaselinomi sopratutto nei soggetti con tendenza all'obesità, un po' avanti negli anni ed in ispecie nelle donne.

Consiglia quindi, per evitare la produzione di questi vaselinomi, l'uso della canfora in olio vegetale purissimo ed eterizzato.

Dott. SALVOLINI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA.

Tubercolosi renale.

I sintomi della tubercolosi renale sono in generale poco noti; per una diagnosi precoce, G. Vehler (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1920, n. 22) insiste particolarmente sull'importanza dell'anamnesi. Si deve chiedere al paziente se esista il *frequente bisogno di urinare*, sintomo principale della vescica retratta tubercolare; il paziente rileva più chiaramente tale fenomeno, accusando di essere costretto ad alzarsi di notte per urinare. L'*emorragia iniziale* nell'orina ha quasi sempre significato fatale; sospetti sono sempre i *dolori* localizzati nelle regioni renali.

L'*orina* tubercolare è per lo più leggermente biancastra con sedimento purulento giallo-verdastro; contiene tracce di albumina, leucociti senza altri elementi morfologici. ciò che è caratteristico. Salvo nei casi di infezione mista, l'*orina è sterile*, ciò che è quasi patognomonico della infezione tubercolare.

Alla palpazione, si nota una certa dolenzia della vescica: si può pure rilevare l'aumento di volume dei reni e la dolorabilità; a tale scopo l'A. consiglia la palpazione bimanuale, fatta, afferrando alla vita il paziente supino, con le quattro dita al dorso ed il pollice anteriormente, facendo poi compiere respirazioni profonde.

Per la diagnostica funzionale, l'A. usa il carminio d'indaco e la crioscopia del sangue. Importante è pure la cistoscopia, che, nei casi di vesciche molto retratte, va preceduta da irrigazioni metodiche, con irrigatore alto, per aumentarne la capacità: eventualmente si praticherà la cistoscopia sotto narcosi, o con un solo catetere ureterico, riserbando l'altro canale per la irrigazione permanente.

Nei casi in cui non si può fare la diagnosi in tal modo, l'A. non ripete la cistoscopia, che può anche essere pericolosa (in due casi dell'A. perforazione della vescica), ma preferisce mettere a nudo bilateralmente i reni, eseguendo da quello sospetto un'escissione di prova e procedendo, in secondo tempo, alla nefrectomia.

I disturbi da vescica retratta persistono talora dopo l'estirpazione del rene; il tenesmo tormentoso può migliorare con la bagnatura della vescica a traverso il moncone ureterico. *fil.*

Nefriti e pielonefriti di origine intestinale. Sindrome entero-renale.

M. Heitz-Boyer (Société Médicale des Hôpitaux, 1919) ha studiato numerosi casi di nefriti e pielonefriti di origine intestinale e li ha divisi nelle seguenti varietà:

1° La varietà suppurata: di essa ne esamina tre forme:

La forma setticemica con febbre a grandi oscillazioni, polso rapido, pus nelle urine, con ambo i reni infetti, con colibacilli nelle urine. Urine scarse, torbide, purulente senza l'aspetto delle ordinarie urine pielonefritiche. Disturbi vescicali lievi spesso;

La forma reno-vescicale;

La forma vescicale.

In queste due forme i malati hanno i sintomi di una pielonefrite o di una cistite con gravi accidenti locali, scarsi fenomeni generali e febbre non oltrepassante i 39°: le urine sono pallide, abbondanti, torbide, varia la quantità di pus. La malattia è tenace e recidivante.

In tutti i casi riferiti dall'autore, ha potuto ritrovare disturbi intestinali varii, il più spesso costipazione ed in un caso occlusione intestinale. La prova dell'origine intestinale in questi casi è data dal miglioramento notevole ed anche dalla guarigione curando la sola affezione intestinale. In un caso una emocultura ha mostrato la presenza di colibacilli nel sangue.

2° La seconda varietà di fatti che esamina l'A. è la colibacilluria senza pus nelle urine. Gli americani e gli inglesi molto insistono su questo reperto: questa colibacilluria per l'A. è di origine intestinale per il fatto che in due casi con la terapia accurata intestinale gli accidenti renali sono scomparsi.

MONTELEONE.

Ematurie.

L'ematuria (Pillet, *Journal des praticiens* n. 27-28, 1920) di tutte le sindromi urologiche, è la più frequente — il suo studio è una fine diagnosi differenziale.

Quando l'ematuria è abbondante non si discute sulla eventuale presenza di sangue nelle urine; quando è scarsa, eliminate le urine febbrili o medicamentose intensamente colorate, il microscopio la svela, o meglio, lo spettroscopio. In tal modo distingueremo anche l'ematuria dall'emoglobinuria.

Dal punto di vista clinico eliminata una provenienza dalle mestruazioni (nelle vergini può esser trattenuto in vagina per vario tempo!) occorre indagarne l'origine.

La cistoscopia e la radiologia hanno detronizzato la prova dei tre bicchieri: purtuttavia questa ci può fornire dei primi utili criteri, e fatto urinare il p. in tre diversi bicchieri e successivamente, possiamo dire che:

se il sangue gocciola dal meato, proviene dall'uretra;

se il primo bicchiere è più colorato, proviene dalla prostata;

se lo è l'ultimo giunge dalla vescica;

se sono uniformemente colorati i tre bicchieri, urine e sangue sono escreti simultaneamente: quindi il sangue viene dal rene.

Basta poco sangue per colorare molta urina — da 12 a 15 gr. per litro. La presenza di coaguli prova l'abbondanza del sangue; ed essi possono essere:

grossi e corti — origine vescicale;

vermiformi e sottili, da 15 a 20 cm. — ureterali;

allungati e un po' più grandi — uretrali;

fibrinosi, grigiastri, dopo lungo soggiorno in vescica.

EMATURIE TERMINALI VESCICALI.

Tubercolosi. — L'ematuria può essere totale (rene) o terminale (vescica); questa è in rapporto col grado della cistite e può apparire:

1° All'inizio: per congestione prostato-vescicale intensa. Notasi comparsa rapida della piuria nell'intervallo delle ematurie.

2° Nel periodo delle ulcerazioni vescicali le ultime gocce sono composte di sangue puro e s'accompagnano con crampo finale dolorosissimo.

Attestano la tubercolosi: la riduzione più o meno intensa della capacità vescicale. La frequenza delle minzioni. Il dolore alla minzione. La piuria. La ricerca del bacillo di Koch. L'inoculazione. Le lesioni dell'epididimo e della prostata

Calcolosi. — L'ematuria è provocata dalla mobilizzazione del calcolo. Dolore e sangue non compaiono che di giorno o nelle prime ore della notte.

Per la diagnosi: Dolore ipogastrico negli sforzi. Emissione precedente di calcoli. Esplorazione metallica. Radioscopia a vescica vuota.

Tumori benigni. — Ematurie solitarie, spontanee, indolori, spesso abbondanti.

Diagnosi: Cistoscopia.

Tumori maligni. — Ematurie spontanee, sia di giorno che di notte, abbondanti, resistenti più giorni sia al riposo che alla terapia, cessanti bruscamente. Le ultime gocce sono di sangue puro. Divengono meno abbondanti e più frequenti col progredire del tumore. L'ematuria può mancare ed esistere solo la cistite.

Diagnosi: Esplorazione rettale. Cistoscopia.

EMATURIE TOTALI RENALI.

Tubercolosi. — L'ematuria si ha all'inizio per congestione intensa, frequente specialmente se la lesione è corticale. Può essere abbondante. Nell'intervallo fra un'ematuria e l'altra le urine sono torbide.

Diagnosi: Piuria intermittente. con o senza un tumore renale. Cistite secondaria.

Si distingue la nefrite ematurica per la presenza di cilindri, edemi, segni di uremia, ritenzione di urea nel sangue, assenza di bacilli di Koch.

Calcolosi. — L'ematuria è abbondante specie in casi di cristalli duri di ossalato. Precede e, specialmente, segue la colica nefritica. Le ematurie hanno una lunga durata, per anni, senza che il rene aumenti molto di volume e che le condizioni generali ne soffrano.

Diagnosi: Emazie al microscopio prima e dopo uno sforzo. Dolori lombari provocati da una marcia. Eccesso di acido urico. Radiografia. Eliminazione di sabbia. A meno che non ci siano complicazioni. il rene non è sempre aumentato di volume.

Cancro. — Ematuria spontanea, abbondante, recidivante, talora con patognomonici coaguli ureterali. Cilindri ematici. Minzioni ora chiare ora con sangue. Poco pus. Ematurie più abbondanti ma più distanziate di quelle dei neo plasmi vescicali. Grosso rene.

Diagnosi: Cistoscopia.

EMATURIE INIZIALI URETRALI.

Il più spesso date dalla ipertrofia prostatica, o nella carcinosi prostato-pelvica, tubercolosi prostatica, nei corpi estranei, calcoli uretrali, nei traumatismi uretrali.

Esame dell'ematurico.

1° Palpare i reni. Spesso fin dalla prima ematuria si palpa un grosso tumore del rene: presso gli uomini il solo fatto che si palpi il polo inferiore del rene prova che questo è malato, poichè un rene normale e normalmente situato è impalpabile.

2° Palpare l'ipogastrio: se si riscontra un globo vescicale voluminoso si tratta di un pro statico che sanguina in una vescica distesa.

3° Palpare epididimi e testicoli per riscontrarvi uno o più nodi induriti di tubercolosi.

4° Esplorazione rettale utile per la carcinosi prostatica o per i tumori della vescica.

5° Cateterismo asettico e prudente. Non introdurre in una vescica ematurica un esploratore metallico: un tumore può dar luogo ad emorragie ribelli.

6° Cistoscopia: fatta dallo specialista duran te un'ematuria o negli intervalli.

7° Cateterismo ureterale.

EMATURIA DA TRAUMI.

1° Per rottura dell'uretra: dentro o intorno all'uretra — di intensità varia secondo la sede o il trauma.

2° Per false strade nell'uretra in seguito a sondaggio cattivo con sonde metalliche o di gomma, ma a punta dritta od olivare.

Ematuria possiamo avere a *vacuo* per decompressione brusca della vescica, nelle contusioni o ferite della vescica o del rene: esclusi questi casi pensare:

alle ematurie della gravidanza, del rene mobile (per varici del collo vescicale);

alle ematurie essenziali (emofilia - parassiti);

all'emiglobinuria.

Cura.

Preventiva. — Combattere le cause di congestione vescicale (vita sedentaria, libazioni, ecc.); riposo per i calcolosi.

Palliativa. — Ghiaccio sull'ipogastrio; 4 gr. di cloruro di calcio; 10 gocce di percloruro di ferro due volte al giorno. Emostyl.

Se vi è ritenzione acuta per coaguli: diuretici e minzione orizzontale — aspirazione dei coaguli — iniezione di soluzione fisiologica a piccole riprese — iniezione in vescica di 20-30 grammi di soluzione sterile di antipirina al 4 per 100. Sonda a permanenza o se ciò è impossibile: cistotomia.

Nelle false strade: sonda a *permanenza* — puntura ipogastrica — nelle rotture uretrali sutura o resezione con derivazione — nella calcolosi vescicale: litotrixia o incisione — nella tubercolosi: nefrectomia o castrazione — nel cancro elettrolisi nefrectomia (dopo aver constatato il valore del rene opposto).

MONTELEONE.

Il significato clinico dell'ematuria.

L'ematuria viene, di solito, divisa in diversi tipi: essa può essere iniziale o terminale, a seconda che si manifesta al principio od alla fine della minzione: può essere accompagnata o non da dolori; dolorosa è l'ematuria di origine vescicale, e qualche volta nelle forme renali, quando il sangue nella pelvi renale dà origine ad un coagulo, di cui l'espulsione provoca dolori a tipo di colica. Il sussidio maggiore per la diagnosi della causa che ha originato l'ematuria è dato dal cistoscopio, a cui si può associare il cateterismo degli ureteri e la radiografia.

A. L. Chute (*Boston med. and surg. Journal*, 17 giugno 1920) riporta 100 casi di ematuria, di cui le cause vengono suddivise come segue:

Tumori infiltranti della vescica	32
Papillomi vescicali massivi	11
Piccoli papillomi vescicali	7
Ipernefromi	8
Tumori benigni della prostata	7
Tumori maligni della prostata	6
Nefrite	7
Tubercolosi renale	5
Idronefrosi	3
Calcoli renali	4
Calcoli nell'uretere	3
Calcoli nella prostata	1
Morbo di Banti	3
Rene policistico	1
Diverticoli vescicali	1
Cistite papillare	1

La considerazione di queste cifre fa rilevare che una metà dei casi di ematuria osservati dall'A. è data da tumori della vescica, ed il 64 % da tumori in genere, ciò che sta ad indicare che, in presenza di un'ematuria non vi è tanto tempo da perdere ed occorre procedere speditamente a ricercarne la causa ed, eventualmente, all'intervento chirurgico. In nessuno dei casi dell'A. l'ematuria riconosceva per causa l'ossaluria od i cristalli di acido urico, condizioni che troppo spesso, a detta dell'A., vengono invocate per spiegare l'ematuria.

Per quanto riguarda i tumori della vescica, l'A. fa rilevare che l'intervento chirurgico non dà risultati molto soddisfacenti nei tumori infiltranti, ma poichè esso è l'unico rimedio, è consigliabile ricorrervi, in quanto che talvolta si possono avere lunghe soste del male: pessime sono le condizioni quando vi siano dolori irradiantisi agli arti, ciò che indica infiltrazione profonda nei tessuti pelvici. Qualche volta l'associazione della radioterapia può dare risultati insperati. I papillomi massivi rappresentano una condizione di cose più favorevole, dal punto di vista operativo: a questo però ci si deve decidere presto con larga esportazione della parte infiltrata.

Una buona parte dei casi di ematuria è data da condizioni patologiche del rene, in cui però le indicazioni operative differiscono grandemente; efficace è l'intervento nella nefrite a tipo infiammatorio (ematuria essenziale, nefrite focale, varici della papilla delle piramidi). Questa forma è assai affine all'ipernefroma iniziale, in cui è indicata l'asportazione; nella nefrite focale lo scapsulamento porta quasi sempre un buon successo.

I calcoli renali costituiscono un'indicazione per l'intervento chirurgico, esponendo altrimenti il paziente a gravi distruzioni renali; analogamente il calcolo ureterale *incarcerato* esige l'intervento.

In complesso l'A. ritiene che la sua statistica rappresenti nelle debite proporzioni l'aspetto dei diversi casi di ematuria che si possono incontrare nella pratica; trattasi quindi di un sintoma che non va considerato alla leggera; in più che la metà dei casi, essa esige un pronto intervento, che solo, può portare qualche sollievo all'ammalato. *fil.*

Valore terapeutico delle iniezioni intravenose di soluzioni ipertoniche di glucosio nelle nefriti azotemiche.

Le ricerche di Richet, Martin, Albertoni, Arrous, ecc., hanno dimostrato l'azione diuretica delle soluzioni ipertoniche di glucosio: Jeanbrau ha con esse ottenuto ottimi effetti in litiasici anurici, Fleig in tifosi e scarlattinosi anurici.

Dai lavori citati risulta anche che l'iniezione ipertonica di glucosio porta ad una diuresi abbondante e quasi immediata, con modificazioni tipiche dell'epitelio renale, modificazioni transitorie rivelanti l'attività del parenchima renale.

Si usa una soluzione al tre per cento, sterile: si fa l'iniezione lentamente (un litro all'ora), spesso compare un poco di oppressione, una lieve angoscia cardiaca, senso di battimento in testa — ci si ferma qualche minuto per riprendere poi subito.

Rathery e Boucheron (*Paris médical*, n. 29, 1920) hanno praticato in un certo numero di nefritici cronici tali iniezioni per cercare di rimediare ad una oliguria persistente, ed hanno osservato che i risultati non hanno corrisposto all'attesa.

Si trattava di tre malati messi ad un regime fisso in cui le analisi della urina sono state praticate con cura per molto tempo e l'iniezione di zucchero fatte 8-10 giorni dall'inizio del regime.

Nel primo malato l'iniezione di 250 c. c. di siero glucosato al 3 % ha portato:

1° Ad un abbassamento notevole e persistente del volume delle urine;

2° Ad una diminuita escrezione dell'azoto totale e dell'urea: diminuzione marcata per due giorni e persistita fino alla morte;

3° Ad un abbassamento per due giorni dell'escrezione ammoniacale;

4° Ad un aumento dell'azotemia.

La stessa iniezione in un secondo malato ha portato:

1° Ad un netto abbassamento del volume delle urine;

2° Ad una lieve diminuzione dei cloruri;

3° Ad un lieve aumento dell'escrezione ammoniacale;

4° Ad un persistente abbassamento dell'escrezione dell'azoto totale e dell'urea;

5° Ad aumento dell'azotemia.

Risultati quasi identici danno le analisi eseguite in un terzo malato.

Dall'esame dunque dei tre malati si può concludere che presso individui con marcata azotemia l'iniezione intravenosa di 250 c. c. di soluzione ipertonica di glucosio non solo non ha portato ad alcuna diuresi, ma ha provocato una diminuzione di essa con diminuzione dell'urea dell'azoto totale urinario, con rialzo dell'azotemia.

Se le iniezioni intravenose di glucosi danno eccellenti risultati presso soggetti con rene intatto non sembra lo stesso avvenga nelle nefriti uremigene, anzi qui sarebbero assolutamente controindicate.

MONTELEONE.

IGIENE.

Sulla contagiosità dell'encefalite letargica.

Lévy (Société médicale des Hôpitaux, *Bulletin*, n. 25, 1920) riporta l'osservazione di tre fanciulli di una stessa famiglia colpiti successivamente da encefalite letargica.

Antecedenti: Genitori sani. La figlia maggiore, 13 anni, ha avuto rosolia, influenza complicata con otite e mastoidite destra.

Il secondo figlio, di 8 anni, ha sofferto di morbillo, pertosse, orecchioni. Il terzo, identiche malattie del secondo.

Nel 1919 tutti e tre ammalano di scarlattina e due di essi furono sottoposti all'ablazione di vegetazioni adenoidi.

Nel novembre la prima figlia ebbe in uno cogli altri influenza.,

Le prime manifestazioni dell'encefalite compaiono nel gennaio 1920 sulla figlia maggiore: cefalea, ineguaglianza e irregolarità del polso, vomito, nausea, talora ritenzione di urina e, sull'inizio, prurito intenso diffuso sull'addome e sulle coscie. In seguito crisi catatoniche, quasi pitiatiche.

Alla puntura lombare: liquido torbido, con modica iperalbuminosi, marcata reazione linfocitaria, negativa la ricerca del bacillo di Koch, negativa l'inoculazione alle cavie.

Dopo 8 giorni di malattia morte durante un accesso convulsivo.

Fin dall'inizio della malattia i due fratelli della malata avevano abbandonato l'appartamento, restando così escluso ogni contatto. Nel maggio veniva constatata in uno di essi una paralisi del velo palatino senza alcun segno di difterite: tutte le ricerche vôlte a scoprire la presenza del bacillo difterico nella gola del

fanciullo riuscirono negative nel mentre era accertata la sede nucleare della lesione.

Il più piccolo dei fratelli cadeva malato il 15 giugno: inizio della malattia con disturbi gastro-intestinali, cefalea e pruriti modici, ineguaglianza del polso e respiro. Poi movimenti coreo atetosici con adiadococinesi e rari accessi di sonnolenza, scosse miocloniche al viso e arti, ritenzione di urine. Alla puntura lombare linfocitosi netta. Fu sottoposto il p. ad una iniezione di essenza di terebentina: l'ascesso che ne consegue sembra influire benevolmente sulla curva termica che in pochi giorni cade e la malattia evolve verso la guarigione.

Si tratta qui, per concludere, di tre forme differenti di encefalite: una forma meningea con fine improvvisa, una forma ambulante avente per unica manifestazione una paralisi del velo palatino, infine una forma mioclonica con inquietanti disturbi cardio respiratori. Il virus mostra un'affinità per i nuclei bulbari inferiori nel mentre mancano in tutti e tre i casi disturbi paralitici degli occhi.

L'incubazione qui risulta oscillare fra 4 mesi e 30 giorni, cifre analoghe a quelle determinate da Netter e Jacob; questo fatto dimostra la lunga resistenza nell'organismo del germe dell'encefalite letargica.

MONTELEONE.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1205) *Nell'acne rosacea.* — All'abb. n. 10859:

La rosacea è un iperemia da stasi dei piccoli vasi cutanei del volto con flebectasie, più o meno complicata con stati infiammatorî (acne, eczema, ecc.) con seborrea, con proliferazioni connettivali (rinofima), ecc.

La terapia deve mirare a due scopi, a rimuovere cioè od a diminuire le flebectasie (scarificazioni, ago-puntura, elettrolisi, medicamenti vasocostrittori, ecc.) e gli stati morbosi causali o complicanti della rosacea (cura della mucosa naso-faringea se è alterata, dello stomaco, dell'intestino, dell'utero, ecc., quando si abbia motivo di supporre che alterioni di questi organi influiscano in via riflessa sull'iperemia da stasi della cute del volto) con appropriato regime generale antinervino (proibizione del caffè, delle bevande alcooliche, dei cibi irritanti, del tabacco, ecc.).

V. MONTESANO.

(1206) *Trattati e periodici di oculistica.* — All'abb. n. 7712:

Trattati italiani recenti di oculistica non ne esistono; gli unici consigliabili sono ancora quelli di Del Monte, ediz. Pasquale Napoli Sgrosso, Tip. Giannini Napoli, Ovio, Casa Vallardi. Fra i compendi italiani il migliore: Frugiuele, ediz. Bonhôte, Napoli; altri non consigliabili.

Delle traduzioni italiane di trattati stranieri la migliore è sempre quella del Fuchs, fatta dal Prof. Cirincione. Un compendio di pratica utilità è quello di May tradotto e annotato dal Trombetta.

Fra i trattati più recenti francesi, a uso pratico sono: Morax, Terson, e inoltre Truck, Valude e Fraenckel; preferibile Morax (1913 casa Masson, Parigi).

Interessante, per le numerose figure, la traduzione in francese del trattato tedesco Axenfeld.

Di periodici italiani in atto si pubblicano gli *Archivi di oftalmologia* editi a Napoli. Gli *Annali di oftalmologia e clinica oculistica* editi a Roma, riprenderanno fra breve la pubblicazione.

Dei periodici francesi: *Archives d'ophtalmologie* (Masson, Parigi), *Annales d'oculistique* (G. oDin, Parigi), *Revue Générale d'ophtalmologie* (Kundig, Genève).

MAGGIORE.

(1207) *Assuefazione agli alcaloidi dell'oppio.* — Al dott. N. G., da S. Rufo:

Tutti i sedativi, che contengono gli alcaloidi dell'oppio, presentano i medesimi inconvenienti della morfina nei riguardi dell'assuefazione.

Per l'indole della rubrica e del giornale non possiamo dare indicazioni su Case produttrici, su fabbriche di strumenti, ecc.

t. p.

(1208) All'abb. n. 7466:

Sui trattati di storia della medicina abbiamo già dato indicazioni. (Cfr. anno 1918, pag. 334 e 1183, in questa rubrica).

CENNI BIBLIOGRAFICI

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

MASMONTEIL FERNAND: *Le traitement des fractures et luxations en clientèle.* Un vol. in-16 di 254 pagine con 117 figure. — A. Maloine, ed., Parigi, 1920. — Prezzo frs. 10.

Fratture e lussazioni appartengono alle più comuni lesioni che occorrono nella pratica ed ogni medico ha frequente occasione di doverne curare; in questo manuale, che non ha alcuna pretesa scientifica, i pratici troveranno le nozioni indispensabili per il trattamento delle fratture, comprese le non poche modificazioni che in tale campo ha portato la vasta pratica della guerra. Per non parlare d'altro basti ricordare i notevoli perfezionamenti nella confezione degli apparecchi, il semplice e razionale apparecchio di Hidden per le fratture della clavicola con spostamento, ecc. Le numerose figure a tipo schematico, aiutano molto la comprensione del testo, che è chiaro e ricco di consigli pratici.

r. s.

LEO EUSTACHIO: *Lesioni osteo-articolari per armi di guerra.* Un vol. in-8 di 480 pagine. — Progresso Arti Grafiche ed Affini, Genova. — Prezzo L. 35.

L' A. dopo aver esposto le generalità sugli agenti vulneranti e su gli effetti anatomo-patologici dei proiettili, passa a trattare le lesioni sia della diafisi che dell'articolazione, nella loro sintomatologia, nella diagnosi, nella prognosi e terapia, negli esiti e reliquati. Porta una statistica personale di 163 casi, descritti nei loro tratti essenziali.

Chiude il volume una ricca bibliografia sull'argomento. I risultati dalle osservazioni delle ferite di guerra possono di fatto anche applicarsi alla pratica civile; il volume mostra anche in questo la sua utilità.

r. s.

Prof. BALDO ROSSI. *Il primo Ospedale chirurgico «Città di Milano» al campo.* — Milano, Tip. D. Cordani, 1920.

Questo grosso ed elegante volume, oltre che un dettagliato resoconto dell'attività mirabile svolta dall'Ospedale mobile, può dirsi un vero e completo trattato di chirurgia di guerra. Per opera del prof. Rossi e dei suoi collaboratori vi è ampiamente svolta la clinica delle ferite di guerra dei diversi apparati e sistemi e discussi i sistemi di cura più recenti. È un volume commemorativo che non dovrebbe mancare a nessun chirurgo. Il prof. Rossi può andare orgoglioso di avere ideato queste unità mobili — e la sua fu veramente tale — che furono poi anche adottate dal R. Esercito e che hanno costituito una delle più utili e più nobili iniziative per soccorrere i nostri feriti più pietosi.

M. A.

VULPIUS OSCAR: *Aus 25 Jahren Orthopädischer Arbeit.* Un vol. in-16 di 80 pag. — Urban e Schwarzenberg, editori. Vienna, 1920. — Prezzo marchi 12.

Breve compendio sistematico di ortopedia, in cui dopo alcuni accenni generali sui metodi ortopedici, vengono trattati i problemi più importanti e di osservazione più frequente, come il piede piatto, la lussazione congenita dell'anca, le paralisi infantili, la scoliosi, la tubercolosi ossea ed articolare, ecc. Poche considerazioni teoriche, diffondendosi l'A. maggiormente sulla parte pratica.

r. s.

G. GATTI: *L'ernia inguinale nell'infanzia.* Un vol. in-8 di pag. 175. — L. Cappelli, editore, Bologna. — Prezzo L. 15.

L'A. che delle ernie dell'infanzia si era altre volte occupato a proposito di quelle ombelicali, porta qui un largo contributo personale basato sull'osservazione di 1053 ernie in 968 bambini, accolti nella Clinica Pediatrica Chirurgica di Firenze, da lui diretta. Fra le conclusioni: citiamo le seguenti: l'ernia inguinale è frequente nell'infanzia (63.9 % ernie inguinali, 35.2 %, ombelicali) è, salvo casi eccezionali, congenita. Si accompagna a gastroenteriti, bronchiti, linfoadeniti, e non raramente all'ernia ombelicale.

Meno spesso che negli adulti si osservano punte di ernia ed ernie intra-inguinali: la forma più frequente è l'inguino-scrotale: per quanto riguarda l'ernia strozzata, si deve tener conto che lo strozzamento è meno forte che nell'adulto, ma la resistenza del soggetto è minore.

Può osservarsi la guarigione col cinto, il quale però costituisce una cura di esito incerto, di lunga durata, non sempre applicabile. È quindi consigliabile l'intervento precoce, da praticarsi, possibilmente ai 9-12 mesi di età. Le mortalità nei casi dell'A. è stata, durante gli ultimi sei anni del 0.71 %.

r. s.

VARIA

Note d'igiene . . . internazionale.

Stoccarda, 16-9-920.

Ho letto con interesse l'articolo: *Note di igiene... internazionale,* comparso nella sezione pratica del 13 corr., in cui si parla della «sorpresa del dott. Winter, vice-borgomastro di Vienna, che recatosi in Italia a visitare i bambini della sua città, trovò che gli italiani davano ai ragazzi più grandicelli, oltre il necessario in vitto, vestiti e divertimenti, anche il vino e le sigarette».

L'abuso del tabacco non è una specialità italiana; oramai in tutto il mondo, grandi e piccoli fumano. Pochi giorni fa in Austria ho visto dei ragazzi, che fumavano la loro brava sigaretta (può darsi che siano stati i ragazzi del dott. Wiesner), ma qui in Germania stessa non è infrequente vedere per le strade ragazzi dai 10 ai 15 anni colla sigaretta in bocca (questi non sono mai stati in Italia). Nelle donne stesse la sigaretta ha preso una diffusione enorme; ho conosciuto recentemente due giovani sorelle viennesi, di cui una cardiaca, che fumavano sigarette tutto il giorno. Basta essere stati una volta sola in un albergo internazionale per constatare l'abuso del tabacco, anche nelle donne. Negli stessi sanatori della Svizzera, ad Arosa, per es., i tubercolosi fumano senza ritegno; in una periodico medico si richiamava recentemente l'attenzione su questa degenerazione della vita sanatoriale svizzera, prima così corretta e precisa. Il ballo, il tango, il *fox trotter* sono all'ordine del giorno anche fra i tubercolosi, che nelle sale ballano e tossiscono, come scrive il periodico, e nei corridoi si.... baciano.

Il male è quindi universale. In una delle ultime sedute della R. Accademia medica di Roma l'aiuto della Scuola di Igiene romana ha messo in rilievo il fatto che il *tabacco non ha alcuna proprietà disinfettante del cavo orale.* Il pubblico ed i medici stessi credono ancora in questa presunta virtù del tabacco. Pur troppo la comunicazione non ha avuto l'eco pratico che meritava. D'altra parte si sa ancor troppo poco, come l'abuso del tabacco provochi disturbi circolatori negli adulti e prepari il terreno alla patologia cardiaca nei giovani. La grande diffusione di neurosi cardio-vascolari nei militari è in gran parte basata nell'abuso della sigaretta.

È indispensabile quindi prendere posizione contro questo malanno universale, il che a me sembra potrà ottenersi per tre vie: *a*) facendo conoscere al popolo i danni dell'abuso del tabacco, specialmente sotto forma di sigaretta, e consigliando, come minor male, l'uso della pipa; *b*) proibendo la vendita ai ragazzi di tabacco ed il relativo consumo; *c*) aumentando il prezzo delle sigarette.

Il compito più importante, che ci sovrasta in questo dopo guerra, è la purificazione dell'uomo, dovunque rovinato fisicamente e psichicamente, ed uno dei lati del problema è quello di riportare il consumo del tabacco al minore livello dell'ante-guerra. Il *Policlinico* può potentemente contribuire a questo lavorio di ricostituzione umana.

Prof. GIOVANNI GALLI.

Il veleno mestruale.

È una credenza diffusa fra molti popoli, dice B. Schick (*Wien. Klin. Wochenschr.*, n. 18, 1920), che la donna nel periodo mestruale sia «impura» e dannosa alle persone vicine. L'A. ha potuto constatare che dei fiori freschi, toccati da una donna che si trovava in periodo di mestruazione, avvizzivano rapidamente. Dalla vicinanza della stessa donna mestruante la pasta di lievito era danneggiata, al punto da non fermentar bene. Tali «menotossine» sono contenute nel coagulo sanguigno, non nel siero; esse vengono pure eliminate col sudore; non sono contenute nella saliva, nè nell'aria espirata.

pol.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Per l'educazione politica.

L'Ordine dei medici della provincia di Milano ha emesso un ordine del giorno, affermante che al disopra di ogni considerazione politica e di ogni apriorismo sociale, e senza contrastare il legittimo progredire delle classi lavoratrici, la gravità del momento impone l'unione di tutti per un'opera che sia ad un tempo di persuasione e di preparazione di fronte a qualsiasi eventualità.

Le prestazioni sanitarie a Enti pubblici e privati.

L'Ordine dei medici della provincia di Bologna, su proposta del dott. Carazzo, ha approvato alla unanimità un ordine del giorno con cui delibera:

«che ogni inscritto che intende di assumere un servizio sanitario presso Aziende private (case di cura, associazioni di pubblica assistenza, stabilimenti industriali, comunità, ecc.) sia tenuto a sottoporre le condizioni propostegli al Consiglio dell'Ordine, il quale giudicherà se siano o no decorose e redatte in tale forma contrattuale da garantire i diritti del medico contraente;

«che siano tenuti quelli degli inscritti che abbiano tali contratti in corso a sottoporli al Consiglio dell'Ordine entro due mesi dalla notifica della presente deliberazione, per la loro revisione secondo i concetti suesposti;

«che nei concorsi indetti dalle pubbliche Amministrazioni, il Consiglio, esaminate le condizioni del concorso, nel caso che non le giudicasse decorose, dopo esaurite inutilmente le pratiche perchè le condizioni stesse siano modificate, previo accordo con le organizzazioni di categoria, renda pubblica la sua diffida, affinchè nessuno degli inscritti debba adire al concorso;

«che per gli incarichi presso pubbliche Amministrazioni i medici debbano prima di accettare l'impegno, sottoporre le condizioni al Consiglio dell'Ordine e per gli impegni che attualmente abbiano in corso debbano denunziarli al Consiglio stesso entro due mesi dalla notifica della presente deliberazione, per la loro revisione;

«che per gli interinati l'Ordine invigili perchè siano rispettate le condizioni poste dall'associazione di categoria; e invita:

«il Consiglio a fare propaganda perchè tale concetto sia accolto da tutti gli Ordini del Regno, e propone:

«che dell'approvazione del presente ordine del giorno sia data pubblicità per conoscenza dei medici inscritti nell'Albo dell'Ordine della Provincia di Bologna e a norma delle aziende private e delle Amministrazioni pubbliche interessate».

Sulla militarizzazione del personale della C. R. I.

Una circolare della Presidenza generale agli Ufficiali della Croce Rossa Italiana, deplora che un nucleo esiguo di Ufficiali medici dell'Associazione, abbia inviato agli Ufficiali della C. R. I, specialmente medici, una circolare, per persuaderli sostanzialmente a rassegnare le proprie dimissioni, come atto di protesta contro il R. D. 14 dicembre 1919, n. 2470, che ha esteso anche al tempo di pace il riconoscimento della qualità militare e dei gradi del personale della Croce Rossa chiamato in servizio. Aggiunge che il riconoscimento militare dei gradi dell'Associazione fu sempre una delle più antiche e più fervide aspirazioni di tutto il personale della C. R., e vivo e comune era il rammarico per le limitazioni contenute nel primo decreto di militarizzazione per il tempo di guerra (R. D. 23 maggio 1915, n. 719, modificato con D. L. 25 luglio 1915, n. 1162), che restringeva il riconoscimento dei gradi a quello di maggiore. Pertanto qualificare la importantissima ed agognata conquista come un provvedimento vessatorio, è per lo meno enorme.

Col R. D. 14 dicembre 1919, n. 2470, si volle semplicemente assicurare un regime disciplinare nelle unità e nei servizi dell'Associazione: disposizioni eque e liberali, destinate a conciliare gli interessi privati del personale e il buon andamento disciplinare dei servizi.

Gli effetti individuali della chiamata in servizio, sia pur d'ordine dell'autorità militare, sono nettamente definiti dal Regolamento per l'applicazione del R. D. 14 dicembre 1919, n. 2470.

Contro i responsabili della propaganda diretta a sollevare discredito nel pubblico e indisciplina interna, sarà proceduto, deferendoli al giudizio del Consiglio di disciplina.

La Presidenza assicura che se errori vi sono stati, senza dubbio involontari e dovuti alle eccezionalissime circostanze di guerra, a danno del personale, la Presidenza stessa ha cercato e cerca di porvi riparo col più equo interessamento. Ciò costituisce anzi uno dei punti principalissimi del programma che esso volle prefiggersi. Ma anche perciò non può permettere che eccitamenti personali possano spingersi fino a falsare cose e disposizioni e segnala quindi i deplorevoli artifici alla riprovazione degli onesti.

Sindacato medico di Napoli e Provincia.

Nell'iniziare i suoi lavori il Comitato di azione ha rivolto alla classe medica, a mezzo della stampa politica, un appello in cui è detto:

«Lontano da qualsiasi ingerenza politica, fino a quando non vi sia costretto dagli eventi, il Sindacato farà vagliare al suo giusto valore l'opera del medico, sicuro che tutti i sanitari di Napoli e Provincia s'inscriveranno alle Associazioni alle quali appartengono per la loro speciale attività, o direttamente faranno parte del Sindacato.

«Il nuovo orientamento economico-sociale impone l'organizzazione di classe, come l'unica atta alla protezione ed alla messa in valore dell'attività dei singoli componenti, i quali non possono più da soli procurarsi e conservarsi un degno posto corrispondente al lavoro che prestano

«Il Comitato di azione spera che sia degno della classe, e che questa si trovi all'unisono dei nuovi tempi, spoglia di pregiudizi, all'avanguardia per ogni maggiore conquista, in perfetta corrispondenza con la sua altezza morale ed intellettuale».

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8486) *Concorsi - Limite di età.* — Sig. dott. L. F. da L. — La legge non fissa limite di età per i concorsi per la nomina a medici condotti e delle Opere pie, ma faculta le amministrazioni interessate a metterlo nei relativi bandi. Però per i medici condotti non vi ha limiti di età, qualora dimostrino di aver prestato o di prestare attualmente servizio in condotta.

(8488) *Diritti acquisiti.* — Sig. dott. G. A. da C. — In occasione di revisione del capitolato si possono modificare i patti precedentemente conclusi, tanto più che le modifiche coincidono con aumento di stipendio.

(8489) *Pensione.* — Dott. L. S. A. da T. del P. — Alle condizioni esposte Ella liquiderà l'annua pensione di lire 1757 lorde. Per essere ammesso alla pensione bisogna inoltrare analoga istanza all'ufficio sanitario provinciale unendo l'atto di nascita, l'indicazione dei servizi prestati con le relative deliberazioni consiliari di nomina, conferma e licenziamento o collocamento a riposo ed il certificato di laurea o la laurea originale. La vedova, oltre i precedenti documenti, dovrà unire alla domanda: 1° L'atto di matrimonio; 2° L'atto di morte del sanitario; 3° Un certificato comprovante che non fu pronunziata sentenza di separazione personale; 4° Un certificato comprovante lo stato della famiglia lasciata dallo estinto, nonchè la eventuale esistenza di orfani di precedente matrimonio.

(8490) *Infortuni agricoli* — Dott. P. P. da F. — L'Istituto assicuratore non ha obbligo di pagare le visite curative dello infortunato qualora egli non si trovi compreso nell'elenco dei poveri. Paga solo compenso per taluni certificati medici e per quelli indicanti la continuazione della infermità.

(8491) *Aumento dello stipendio.* — Dott. A. A. da U. la C. — A seguito della ordinanza della G. P. A. con cui le si aumentava lo stipendio, Ella ha acquistato diritto a riscuotere la maggiore somma. Si rifiuti, intanto, a riscuotere i mandati rilasciatile in base al vecchio stipendio e citi il Comune per corrisponderle lo stipendio, che Le è stato assegnato dalla G. P. A. Per la mancata redazione dell'elenco deve diffidare legalmente il Comune a farlo subito, sotto comminatoria della richiesta di risarcimento dei danni che la sua negligenza Le produce nello esercizio professionale.

(8492) *Esercizio professionale nel Brasile.* — Dott. S. M. da L. — Il Brasile concede reciprocità di trattamento e perciò come un Brasiliano può liberamente esercitare la professione in Italia, così un Italiano può liberamente esercitare colà. Doctor JUSTITIA.

Posti vacanti. — Al dott. A. B. da T.:

Suggeriamo la «Rassegna dei concorsi»; Roma, Casa Editrice Urbis (piazza in Lucina, 40); abbonamento annuo L. 10 per l'Italia, L. 12 per l'estero. R. B.

Servizio medico-militare. — All'abb. n. 10981: Se l'infermità è riconosciuta dipendente da cause di servizio ha diritto agli assegni sino alla liquidazione della pensione. Diversamente, ad un solo mese di competenze.

All'abb. n. 8928:

No. Non compete altra indennità di smobilitazione oltre quella percepita come ufficiale in S. A. P. M. G.

CONDOTTE E CONCORSI.

QUINTO VERCELLESE (*Novara*). — Condotta consorziale; L. 4000, più L. 3 per ogni povero ammesso alla cura gratuita in più di 300 se residente nel centro dell'abitato e L. 5 se in cascinali; L. 500 per mezzi di trasp.; L. 500 quale uff. sanit.; alloggio; caro-viveri. Kmq. 30, in piano; poveri 1085. Scad. 20 ottobre.

TORRE S. MARIA (*Sondrio*). — Consorzio con Spriana; L. 5250; dopo un biennio L. 6000; quinquenni di un decimo; fino a 500 poveri; indennità trasferta L. 780 e indennità cavalc. L. 2000; per uff. san. L. 500. Scad. 31 ottobre.

RAVENNA. *Ospedale Civile.* — Primo assistente a L. 2600; assistente medico e assistente chirurgo a L. 2000; caro-viveri; diaria di L. 15 e vitto nei giorni di guardia (a turni di 4 giorni): il tutto lordo; stanza d'alloggio. Età massima 39 anni. Nomina biennale e 3 conferme biennali. Scadenza 25 ottobre.

VERONA. — *Consiglio Ospitaliero.* — Primario medico pediatra per l'Ospedale Infantile Alessandri; L. 4900 iniziali lorde, aumenti provvisori compresi; titoli ed esami. Scad. ore 18 del 4 novembre. Chiedere annunzio e schiarimenti alla segreteria.

Cercasi medico batteriologo Laboratorio vigilanza igienica di Zara. Stipendio iniziale mensile netto L. 800, più percentuale analisi. Rimborso spese di viaggio. Dirigere offerte, elencando titoli e breve riassunto carriera, al Governatorato, Ufficio Affari civili, Zara (Dalmazia).

Medico-chirurgo-ostetrico, 34enne, otto anni laurea, lunga pratica ospedali, attivo, colto, cerca ben retribuito interinato condotta residenziale Italia Centrale o Settentrionale, dando la preferenza a località sita in pianura, sulla spiaggia o con stazione ferroviaria. Inviare offerte indirizzando: Dott. Luigi Pansini, Ruvo di Puglia (Bari).

Dottore già quattro anni assistenza ospedaliera, autore di molti lavori scientifici e poliglotta, cerca posto Ospedale o in qualunque interinato. Per eventuali proposte scrivere ad Arnaldo Pozzi, via Sistina 14, Roma.

Medico-chirurgo ventiseienne, celibe, due anni laurea, pratica ospedaliera, cerca condotta o interinato. Scrivere al dottor Filippo Chiacchio a Lauria (Potenza).

Diffide e boicottagi.

Nuove diffide: Reggio Emilia, Toano (Reggio Emilia), Borgonovo Val Tidone (Piacenza).

Revoca di diffide: Pella-Artò-Boleto (Novara), Posta (Aquila).

I nuovi Senatori medici.

Sono stati elevati all'onore del laticlavio due spiccate personalità della famiglia sanitaria, il dott. Nicola Badaloni e il prof. Giuseppe Sanarelli.

Il dott. Badaloni, da Recanati, a lungo medico condotto di Trecenta (Rovigo), fu un iniziatore e un idealista del socialismo in Italia; di un'attività fervida e generosa, animato da un sentimento di affetto per i suoi simili, convertì alla sua fede, con la parola calda e affascinante, le popolazioni tra cui esercitava come un apostolo la professione medica; e per otto legislature fu chiamato a rappresentarle.

Il Badaloni è uno studioso appassionato e competente dei problemi di medicina sociale.

Il prof. Sanarelli, da Monte S. Savino (Arezzo), direttore dell'Istituto d'Igiene dell'Università di Roma, è una delle intelligenze più lucide del nostro mondo scientifico. Il suo nome è specialmente legato a tre grandi conquiste: la concezione setticemica della febbre tifoide, ora generalmente ammessa; la teoria dell'assuefazione alla tubercolosi (formulata contemporaneamente, su altre basi, dal Calmette), la quale si va sempre più affermando: essa ci rende conto della maggiore resistenza, di fronte alla tubercolosi, delle popolazioni rurali rispetto a quelle urbane e delle popolazioni incivilite rispetto a quelle vergini ed avvalora la pratica delle vaccinazioni profilattiche antitubercolari; infine, la patogenesi del colera. Sul colera il Sanarelli ha compiuto una mole formidabile di ricerche, il risultato più notevole delle quali è che il virus penetra nell'organismo per la mucosa della retrobocca.

Gli studi compiuti dal Sanarelli sull'eziologia della febbre gialla hanno sollevato molte discussioni e polemiche non sempre serene; ma ultimamente la loro importanza è stata lumeggiata dalla scoperta delle infezioni doppie, sul tipo della peste suina: l'itteroide sarebbe un *microbe de sortie*.

Dobbiamo al Sanarelli anche la scoperta del primo virus filtrabile.

Nell'agone della vita pubblica il Sanarelli ha dato prove brillanti. Deputato di Bibbiena (Arezzo) per quattro legislature, è stato sottosegretario all'agricoltura.

Il Sanarelli dirige con competenza e successo gli «Annali d'Igiene» e l'«Avvenire Sanitario».

È circondato da larga ed affettuosa estimazione.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Medaglia Erb.

L'alta onorificenza della così detta «medaglia di Erb», assegnata ogni tre anni ai neuropatologi tedeschi che abbiano pubblicato i migliori lavori della specialità, è stata, nel mese decorso, conferita ai professori Förster di Breslavia e Nonne di Amburgo.

La Commissione aggiudicatrice era composta dei professori Strümpell, Obersteiner e Mingazzini.

Il dott. Giovanni Mazzarella, di Sant'Angelo d'Alife, è nominato cavaliere della Corona d'Italia per benemerenze acquistate in occasione della guerra 1915-1918.

MEDICINA SOCIALE.

Una colonia fluviale sul Brenta presso Padova.

La triste ripercussione che la guerra esercitò sulla salute dei popoli riaccese anche nel nostro paese il fervore, che pareva spento, verso le opere antitubercolari e, quasi per salutare reazione, verso tutte quelle provvidenze sociali che tendono ad accrescere il valore della vita. Oggi si riparla con entusiasmo delle istituzioni scolastiche e parascolastiche come quelle che mirano a tutelare il fanciullo d'oggi, che sarà l'uomo di domani, nella famiglia e nella scuola.

Questo complesso problema delle opere antitubercolari e delle istituzioni parascolastiche, lasciato fino ad ora quasi tutto a nobili iniziative private troppo isolate, ricche di fede, ma povere di denaro, è veramente nella sua essenza un problema nazionale; ma io penso però che la sua risoluzione non potrà in Italia effettuarsi che attraverso le iniziative del Comune.

Gli uomini nuovi delle prossime future Amministrazioni comunali dovranno pure affrontare e risolvere questi problemi: ogni grande Comune dovrà avere il proprio Sanatorio popolare per le forme tubercolari suscettibili di guarigione, i proprii dispensarii, le scuole all'aperto, le colonie o alpine o marine, o fluviali e via via; nessun Comune di importanza sfuggirà a questo preciso dovere che è un obbligo della civiltà verso i lavoratori e verso i diseredati dalla fortuna.

Il Comune di Padova ha fatto moltissimo in questo campo a merito specialmente del dott. Alessandro Randi, ufficiale sanitario, che da molti anni creò sui bastioni della città *la prima Scuola all'aperto d'Italia;* ora poi da qualche mese il medico scolastico, prof. Alberto Graziani, creò a due chilometri dalla città (frazione di Altichiero)) una *colonia fluviale sul Brenta per bambini scrofolosi e predisposti alla tubercolosi.*

In questi giorni il Comitato provinciale antitubercolare di Padova fu invitato ad ammirare queste istituzioni, e le impressioni riportate nella visita alla colonia fluviale di Altichiero furono delle più favorevoli.

Il prof. Graziani, che nella sua missione di medico scolastico unisce ad una soda cultura modernità di vedute e gentilezza di cuore, liberatosi dal pregiudizio terapeutico che la predisposizione e le varie manifestazioni in atto della tubercolosi non possano favorevolmente modificarsi e guarire se non col soggiorno al mare od in montagna, intuì che si poteva fare anche a Padova quello che qualche anno addietro si fece a Cremona sul Po e poi a Roma sul Tevere, con risultati veramente notevoli.

Qui a Padova, data l'attuale grande affluenza di bambini agli Ospizi marini di Venezia e le difficoltà economiche in cui si dibatte questa Opera pia, moltissimi fanciulli scrofolosi, malaticci, deboli e predisposti languivano in case malsane ed in ambienti familiari profondamente antigienici. Bisognava dunque pensare anche a questi derelitti, bisognava anche a questi poveri infelici dare

la loro parte di sole, di vitto sano, di aria, di acqua e di gioia.

Il collega Graziani pensò allora alla colonia fluviale; la volle fermamente e con l'appoggio finanziario e morale dell'Associazione padovana contro la tubercolosi, del Patronato scolastico, dell'Istituto rachitici e della Mutualità scolastica, la tradusse in realtà.

Così da più di un mese, cento e più bambini godono ogni giorno i benefici del mare a due chilometri da Padova, ed i vantaggi loro derivanti da un'ottima ed abbondante refezione. Ogni mattina due *trams* appositi trasportano da Padova la colonia bagnante; appena giunti ad Altichiero, nel locale addetto alle scuole di questa frazione, i bambini prendono la prima colazione, consistente in caffè e latte; poi indossano il loro costume da bagno, scendono sulla riva del Brenta, in quel punto dolcissima e ricca di arena, e, tra il tuffarsi nell'acqua e l'asciugarsi al sole e nella sabbia, passano allegramente le ore che li separano dalla colazione del mezzodì: minestra, un piatto di carne, pane a volontà e qualche frutto. Nell'ora della siesta i più grandicelli e i meno gracili vanno a riposare all'ombra delle acacie che ornano l'argine del fiume, ed i più deboli invece riposano nel locale scolastico in brande appositamente provviste; dalle ore 15 alle 18 tutti tornano alla spiaggia, al sole e all'acqua, e poi, prima di far ritorno alla città, hanno il conforto di un abbondante spuntino di latte, caffè e pane.

Ecco come funziona la Colonia fluviale di Altichiero.

E i risultati? Indubbiamente essi si presentano già fin d'ora superiori ad ogni aspettativa, e tali da nulla invidiare a quelli che si ottengono di solito al mare e nel soggiorno in Colonie alpine.

Il Comitato antitubercolare dinanzi alle prove dei fatti non discusse, nè criticò: solo ammirò sinceramente quanto possano la volontà e la fede, anche se scarsamente sorrette da coloro che avrebbero il dovere di fare molto, ma molto di più.

Settembre 1920.

Dott. ADELCHI ZAMBLER.

Contro l'uso degli stupefacenti.

Mentre l'uso degli stupefacenti (oppio, morfina, eroina, ma sopratutto cocaina) va sempre più estendendosi, così da costituire una vera nuova malattia sociale per intossicazione volontaria, e mentre ormai a tutti è notorio come nei nostri maggiori centri si faccia uno smercio illegittimo e dannoso di tali sostanze, massime in certi ceti ultra-mondani e moralmente inferiori, nulla vien fatto e neanco pensato dai nostri Poteri pubblici per porre un riparo a questo inquinamento delle popolazioni urbane. In Francia fin dal 1916 vige una Legge rigorosa contro chi traffica, detiene e usa gli stupefacenti senza legittimo motivo; e in aprile anche la Spagna vi ha provveduto con disposizioni restrittive e proibitive.

Alcuni studiosi di pubblica Igiene e di Eugenica, e particolarmente alienisti, cominciano a chiedere che anche in Italia si provveda con Decreti o Leggi analoghe.

A Torino un gruppo di Società mediche, sulla proposta del nostro collega prof. V. Tirelli, direttore del R. Manicomio, ha emesso un voto al riguardo; a Genova il prof. Enrico Morselli ha tenuta nell'Aula della Soc. di Letture e Convers. Scientifiche, il 13 aprile u. s., una conferenza ascoltatissima da un affollato uditorio col titolo suggestivo: «*Un nuovo pericolo sociale: il morfio-cocaismo e la Legislazione sanitaria*»; e la R. Accademia Medica, sotto la presidenza dell'illustre patologo prof. A. Trambusti, si è associata al voto degli igienisti e psichiatri Torinesi. Speriamo adesso che la nostra Direzione di Sanità Pubblica, conscia che le Leggi italiane sono fin qui insufficienti e quasi impotenti di fronte al propagarsi del malanno, vorrà dare udienza ai voti dei competenti e promulgare con sollecitudine qualche articolo aggiuntivo o esplicativo della Legge sanitaria del 1888, poco chiara e troppo molle per tutti i venditori e consumatori di questi veleni del cervello (farmacisti, droghisti, ecc.), non che per gli stessi medici. Occorre ai primi una restrizione formale per la spedizione di morfina, cocaina, ecc.; ai secondi, un qualche limite nelle loro prescrizioni che devono essere di esclusivo e ben definito e ben datato scopo terapeutico.

(Dai *Quaderni di Psichiatria*).

NOTIZIE DIVERSE.

XXVI Congresso di medicina interna.

La Società Italiana di medicina interna terrà in Roma, dal 3 al 6 novembre p. v., il suo Congresso annuale (XXVI).

Le Relazioni messe all'ordine del giorno sono:

GIUFFRÉ e FRUGONI: *L'Asma bronchiale;* MORESCHI e FERRATA: *Linfogranulomatosi;* SISTO: *Elettrocardiografia clinica*.

Per rendere più ordinata la discussione delle relazioni è stato deciso di invitare i Congressisti che lo desiderino ad iscriversi a parlare sulle relazioni. Per tal guisa, nella compilazione dei *Programmi delle sedute,* si potrà aggiungere il più completo elenco di coloro che interverranno alle discussioni.

La Segreteria del Congresso invita perciò tutti i partecipanti al Congresso a volersi iscrivere al più presto alle discussioni delle singole Relazioni.

La Segreteria del Congresso di medicina interna è presso il R. Istituto di Clinica Medica di Roma. La quota d'iscrizione è di L. 25. È in corso la richiesta per ottenere i ribassi ferroviari, come pure si sta provvedendo nel miglior modo perchè i Congressisti abbiano a trovare facilmente gli alloggi. Saranno a tal uopo diramate ulteriori istruzioni.

I Congressi nazionali di chirurgia e di ortopedia.

Il XXVI Congresso della Società Italiana di Chirurgia, che era indetto per i giorni 6, 7 e 8 novembre, è rimandato ai giorni 10, 11 e 12 no-

vembre, per evitare che coincidesse con le elezioni amministrative, indette per il giorno 7 in molti capoluoghi di provincia.

Correlativamente la XI riunione della Società Italiana di Ortopedia è rimandata dal 5 al 9 novembre.

XII Congresso italiano di idrologia e climatologia.

Il 4 corr., alla presenza delle autorità, dei componenti il Comitato d'onore e di quello ordinatore e di parecchie notabilità scientifiche e sanitarie, venne inaugurato, nell'aula magna della Università di Perugia, il XII Congresso nazionale di idrologia e climatologia; pronunciarono discorsi i professori Innamorati, Devoto, Vivenza per il ministro Micheli, Simonetta, Agostini, Silvestrini, il senatore Queirolo e il prefetto Olivieri.

Si iniziarono quindi i lavoro del Congresso, che proseguirono nei due giorni successivi. Ne daremo prossimamente un breve resoconto.

Il X Congresso italiano di pediatria.

Si è svolto a Trieste dal 16 al 23 settembre, con largo intervento di congressisti.

Diamo in altra parte del giornale il resoconto dei lavori.

Per combattere la malaria.

Il ministro dell'agricoltura on. Micheli ha inaugurati i lavori della Commissione per lo studio dei problemi della malaria in rapporto alla colonizzazione.

Il ministro, dopo aver rivolto agli intervenuti il suo cordiale saluto, ha illustrato i motivi per i quali la Commissione è stata istituita ed il compito altamente sociale che le è stato affidato.

Ha accennato alle cause che, durante la guerra, hanno indebolito la lotta antimalarica e hanno determinato una recrudescenza della grave piaga che affligge non poche delle nostre campagne, e che tanto diminuisce la produzione agricola.

Ha quindi chiarito le attribuzioni specifiche affidate alla Commissione la quale non dovrà studiare la questione malarica come problema generico di difesa sanitaria — compito questo egregiamente disimpegnato dalla Direzione generale di sanità — ma sotto l'aspetto particolare e concreto della protezione delle popolazioni rurali, al fine di meglio assicurare la trasformazione del latifondo e l'incremento della coltura.

Ha risposto il presidente della Commissione, prof. Grassi, ringraziando il ministro per le cortesi espressioni rivolte agli adunati, ed esponendo, con larga copia di elementi illustrativi, i criteri cui dovrà attenersi la Commissione.

Ritiratosi l'on. Micheli, la Commissione ha senz'altro dato corso ai lavori.

Corso di perfezionamento sulla patologia del lavoro.

Ricordiamo che sarà tenuto, presso la Croce Rossa Italiana in Roma (via Toscana, 10), dal professore A. Ranelletti e verrà integrato da conferenze da parte dei proff. R. Alessandri, V. Ascali, S. Baglioni, A. Chiavaro, G. Cirincione, R. Della Vedova, L. Devoto, A. Ducrey, G. Ferreri, F. Ghilarducci, G. Loriga, E. Marchiafava, G. Mingazzini, E. Pestalozza, G. Sanarelli, A. Zeri.

Il corso avrà principio alla metà di novembre e durerà tre mesi.

Cliniche mobili nella Nuova Scozia.

La Sezione della Nuova Scozia della Crose Rossa Canadese ha organizzato due cliniche mobili che circolano in tutta la regione durante le vacanze dell'estate. Ogni clinica è formata da furgoni automobili, da ambulanze automobili e da vetture da turismo su cui viaggiano tre o quattro medici, dentisti, infermiere esperte e rappresentanti della Croce Rossa e che trasportano nello stesso tempo il materiale necessario per l'impianto rapido, in un qualsiasi locale adatto, di un ospedale da 10 a 12 letti. Le cliniche mobili sono munite di tutto il materiale indispensabile per le cure da prestare nei luoghi isolati e privi di ogni comodità. Uno degli scopi di queste cliniche è quello di aiutare i medici dei distretti rurali isolati, nei quali la mancanza d'igiene e di cure frequenti hanno permesso la diffusione di molte malattie, e di persuadere nello stesso tempo la popolazione della necessità di consultare i medici del paese, sopratutto per i bambini. Le cure nelle cliniche mobili sono riservate agli indigenti, e sono accordate in alcuni altri casi soltanto dietro speciale domanda del medico.

Queste cliniche si fermeranno ordinariamente un giorno ed una notte in un punto d'incrocio di distretti isolati. Il loro passaggio sarà preannunciato dai giornali e, a cura dei diversi municipî, nelle scuole, nelle chiese, nelle associazioni, organizzazioni, ecc., in modo che ognuno ne sia informato.

Le cliniche mobili si occuperanno inoltre di educare il pubblico in materia di sanità e di migliorare le condizioni sanitarie facendo frequenti ispezioni mediche. Faranno parte del programma la lotta contro la tubercolosi e la protezione dell'infanzia. I medici delle regioni visitate presteranno l'opera loro alle cliniche mobili, che sceglieranno fra di essi i loro specialisti: si consiglierà ai malati di continuare a servirsi regolarmente delle loro cure.

Per gli ospedali di Londra.

È stata assegnata la somma di 250,000 lire sterline (corrispondenti ad oltre 6 milioni di lire italiane in oro) agli ospedali di Londra, sul Fondo Re Edoardo per gli Ospedali, allo scopo di far superare le gravissime difficoltà del momento, dovute ai rincari e al deprezzamento del denaro.

L'assicurazione contro le malattie in Inghilterra.

Notevoli modificazioni sono state portate alla legge per l'assicurazione contro le malattie, in data del 3 luglio scorso.

Si è istituito un corpo di ufficiali sanitari governativi per coadiuvare i medici delle assicurazioni nei casi dubbi e difficili e per ispezionare i casi sospetti o di lunga durata.

È data facoltà alle società locali di estendere l'assistenza sanitaria alla moglie ed a tutte le

persone di famiglia degli assicurati, di istituire convalescenziari, di aumentare la misura dei sussidi.

Nei casi di urgenza, qualunque medico delle assicurazioni è obbligato a prestare la sua opera, anche se il paziente non è inscritto nella sua lista.

I medici delle assicurazioni dovranno disporre di un gabinetto per le prestazioni ordinarie, compresi i piccoli interventi chirurgici.

Le società locali hanno accumulato delle riserve che ascendono a 78 milioni di sterline, ossia circa 2 miliardi di lire in oro.

La Confederazione generale del lavoro intellettuale.

L'avv. Fabbri, segretario generale della Confederazione del lavoro intellettuale, fu ricevuto dal ministro del lavoro, on. Labriola, il quale si è interessato alla crescente importanza dell'organizzazione nel movimento sindacale del paese e alla domanda di una rappresentanza nel Consiglio superiore del lavoro.

Gl'infermieri di Parigi.

Le Amministrazioni ospedaliere di Parigi avevano chiesto al personale infermiere, nell'interesse dei malati, che il servizio durasse 20-30 minuti in più delle otto ore stabilite, per evitare interruzione nel servizio.

Le infermiere e le sorveglianti hanno acceduto; gl'infermieri, invece, adunatisi alla Camera del lavoro, hanno stabilito di applicare rigorosamente la giornata di otto ore.

La crisi della stampa.

L'ammontare dell'abbonamento al *Bollettino Ufficiale del Ministero della Pubblica Istruzione* è stato elevato, dal 1° luglio u. s., come appresso: edizione generale, da L. 33 a L. 60; edizione primaria, da L. 16 a L. 25.

L'aumento di prezzo sarà applicato anche agli abbonamenti in corso; pertanto, agli abbonati che non verseranno il supplemento del prezzo viene ridotta la durata dell'abbonamento fino a concorrenza della somma pagata.

Per evitare la cremazione nelle morti apparenti.

Il deputato giapponese dott. Matsushita ha presentato un progetto di legge appoggiato da altri 23 membri della Camera giapponese, affinchè i cadaveri siano tenuti in deposito per 72 ore invece di 24, come adesso, prima di procedere alla cremazione; e ciò allo scopo di evitare in modo assoluto che si tratti di morti apparenti.

Egli adduce la testimonianza di un crematore di Kyoto, il quale afferma di aver visto sei presunti cadaveri destarsi al contatto delle fiamme.

Il progetto incontra una viva opposizione tra i medici del Giappone, i quali sostengono che esso deriva da presupposti assurdi e che costituisce un insulto palese alla professione.

Il Ministero dell'Igiene in Francia.

In Francia, com'è noto, è stato creato il *Ministero dell'Igiene*. Un eminente medico pratico, il dott. I. Breton, ne è stato fatto ministro. Il Breton, parlando a Nizza ai ginnasti italiani e francesi, precisò in questi termini il suo pensiero di medico ministro igienista: «L'educazione sportiva è intimamente legata all'igiene. Un medesimo compito spetta tanto a coloro che hanno la missione di riparare le forze decimate dalla più estenuante delle guerre, quanto a quelli che vogliono assicurare un corpo sano e vigoroso, uno spirito fermo ed intraprendente alla gioventù. Per coprire le perdite di guerra, per far risorgere la razza forte ed energica, si deve rialzare la salute dei deboli, assicurare ai fanciulli il supremo ristoro della vita all'aperto e dei sani esercizi fisici; si formeranno così degli uomini, che non conosceranno mai le insufficienze fisiche e morali».

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1920 - Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, ed. resp.

Anno XXVII Roma, 25 Ottobre 1920 Fasc. 43

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Diabete insipido ed infantilismo di origine ipofisaria

per il prof. GIOVANNI ANTONELLI.

Il rapporto patogenetico fra alterazioni dell'ipofisi e diabete insipido, segnalato da Frank nel 1912, poggia oramai su sicure basi anatomo-patologiche, cliniche e sperimentali. L'emianopsia bitemporale, che dimostra l'esistenza di lesioni a carico del chiasma ottico, e, per contiguità, dell'ipofisi, si accompagna non di rado a poliuria più o meno intensa. Oppenheim ricorda che in 12 su 36 casi di meningite basale luetica, prevalentemente localizzata nello spazio interpeduncolare, cioè nei pressi della regione ipofisaria, è stata constatata poliuria, e in due casi di emianopsia temporale con diabete insipido ha eseguito l'autopsia, riscontrando lesioni gommose, nell'uno localizzate fra il chiasma e le formazioni vicine, nell'altro invadenti la *pars intermedia* dell'ipofisi. La distrofia adiposo-genitale, o sindrome di Frölich, che sappiamo esser dovuta a lesione dell'ipofisi, si accompagna spesso a diabete insipido, come risulta dalla statistica di v. Frankl-Hochwart e dalle osservazioni di Falta. Nell'acromegalia si hanno spesso crisi poliuriche, che, secondo Frank, sono da riferirsi a lesione ipofisaria. Steiger illustrò un caso di diabete insipido in un infermo, che all'esame radiologico presentava infossamento della sella turcica. Parecchi autori (Römer, Simmonds, Borelli, Benario, Rosenhaupt ed altri) hanno constatato la poliuria in casi di tumori primitivi o secondari localizzati nell'ipofisi o nelle sue adiacenze. Luzzatto ha illustrato un caso di diabete insipido in un vecchio, affetto da carcinoma della prostata, nel quale l'autopsia di-

mostrò sclerosi e gliosi della neuroipofisi ed emorragia non recente nella stessa, oltre che nel penduncolo. Newmark ha riferito un caso di diabete insipido in un bambino, affetto da tumore dell'infundibolo, che aveva distrutto il lobo posteriore dell'ipofisi e gran parte della *pars intermedia*. Marañon e Pintos hanno constatato la sindrome adiposo-genitale insieme col diabete insipido in un caso di lesione traumatica dell'ipofisi.

Quanto al meccanismo con il quale le alterazioni ipofisarie possono indurre poliuria od una vera forma di diabete insipido, i pareri degli autori non sono concordi; alcuni riferiscono la poliuria ad un eccesso di funzione, cioè ad iperpituitarismo, altri a difetto, cioè ad ipopituitarismo; altri infine ammettono che, o indipendentemente dalle alterazioni funzionali della glandola, o conseguentemente ad esse, sia necessario l'intervento del sistema nervoso, ossia di un centro destinato alla regolazione della diuresi. La sede di tale centro non è stata nettamente stabilita; Eckardt lo collocò nei corpi mammillari, Kahler ed Ebstein nel pavimento del IV° ventricolo; Rath e Loeb nelle vicinanze del *tuber cinereum;* Aschner ammise che nuclei d'origine del vago e del simpatico situati nel pavimento del III° ventricolo presiedano alla regolazione della diuresi. Camus e Roussy attribuiscono tale funzione all'*infundibulum*, la cui irritazione produrrebbe fenomeni di eccitamento del simpatico e poliuria; il diabete insipido sarebbe dovuto, secondo essi, non a lesione del lobo posteriore dell'ipofisi, ma a lesione od irritazione della regione opto-peduncolare; essi, infatti, hanno sperimentalmente dimostrata l'insorgenza della poliuria in seguito all'eccitazione dell'*infundibulum* e del *tuber cinereum*. Pende ditiene logico ammettere che le stimolazioni del peduncolo, esercitate dal trauma operatorio o dalla cicatrice consecutiva all'asportazione dell'ipofisi, possano produrre poliuria per eccitamento delle fibre nervose del peduncolo, che può diffondersi fino ai centri bulbari regolatori della diuresi.

I dati sperimentali, sui quali si è basata la teoria dell'iperpituitarismo nella genesi del diabete insipido, si riassumono nella constatazione di una certa azione diuretica esercitata dagli estratti ipofisarî. Schäfer ed Herring ammisero che la secrezione interna della *pars intermedia* ecciti la fibra muscolare liscia e quella del lobo posteriore la diuresi, e ritennero che questa sia dovuta ad eccitazione diretta dell'epitelio renale. Gli stessi autori però notarono anche che talvolta all'iniezione intravenosa di estratto ipofisario consegue riduzione della diuresi. Schäfer constatò nel cane, in seguito a stimolazione meccanica o termica dell'ipofisi, una poliuria della durata di parecchi giorni, ed all'esame istologico dell'ipofisi riscontrò aumento del secreto nella *pars intermedia*. Pentimalli e Quercia studiarono l'azione dell'ipofisina sulla circolazione e secrezione renale, e ritennero che l'aumento della diuresi fosse dovuta non ad eccitamento diretto dell'epitelio renale, ma ad aumento della pressione sanguigna. L'azione diuretica del secreto della porzione intermedia è stata sperimentalmente confermata anche dalle osservazioni di Dean Lewis e Mattews. Un forte sostenitore dell'iperpituitarismo nella patogenesi del diabete insipido è stato Frank, che ha ammesso un eccesso di funzione della *pars intermedia*. Cushing e v. Biedl ritengono che un trauma del peduncolo pituitario, eccitando la funzione secretoria della *pars intermedia*, provochi poliuria e glicosuria; secondo Cushing l'iperattività secretoria dell'ipofisi, specialmente del suo lobo posteriore, può dare origine al diabete insipido. L'influenza della *pars intermedia* è stata sostenuta anche da Simmonds.

Più numerose e dimostrative sono le osservazioni sperimentali e cliniche che fanno capo alla teoria dell'ipopituitarismo. Nel campo sperimentale Vassale e Sacchi dimostrarono negli animali aumento della diuresi con basso peso specifico dell'urina in seguito all'asportazione parziale o totale dell'ipofisi. Konschegg e Schuster constatarono che gli estratti ipofisari, a piccole dosi, possono provocare un temporaneo aumento della diuresi, a cui segue la diminuzione di essa. Römer e Jakoby hanno osservato poliuria in seguito alla occlusione sperimentale dell'*infundibulum*, al suo sbocco nel III° ventricolo, impedendo cioè, secondo il loro modo di vedere, la penetrazione del secreto ipofisario in esso, e per conseguenza l'azione che eserciterebbe sui centri di origine delle vie nervose destinate alla regolarizzazione della diuresi, situati nel pavimento del III° ventricolo. A conforto della teoria dell'ipopituitarismo vale l'osservazione di Cushing, che ha constatato poliuria dopo l'asportazione parziale di un tumore dell'ipofisi. La distrofia adiposo-genitale, che oggi si ritiene quale una sindrome dovuta ad ipopituitarismo, si accompagna non raramente a poliuria. Farini (1913) constatò diminuzione della diuresi, in 2 casi di diabete insipido, in seguito a somministrazione di preparati ipofisari. Benario attribuisce importanza, nella patogenesi del diabete insipido, al lobo posteriore dell'ipofisi, spesso alterata da processi gommosi. Anche Römer ha sostenuto l'efficacia della cura con gli estratti ipofisari

nel diabete insipido, che ritiene dovuto ad ipofunzione dell'ipofisi. Analoghe osservazioni hanno fatto Biach, V. den Velden, Hoppe-Seyler, Strauss, Lichtwitz e Stromeyer, Lereboullet e Faure-Beaulieu. Bergé e Pagniez hanno riferito un caso di diabete insipido, curato con iniezioni quotidiane di estratti del lobo posteriore dell'ipofisi, ed in seguito a tale cura hanno constatato temporanea diminuzione della diuresi. Risultati più decisi ha ottenuto Da Venezia in due pazienti affetti da diabete insipido. Secondo Rosenfeld l'azione favorevole degli estratti ipofisari è di breve durata. Germani in un caso di diabete insipido ha constatato l'efficacia delle iniezioni di estratti di lobo posteriore. Barker e Mosenthal hanno trovato efficaci le iniezioni dell'estratto di lobo posteriore e intermediario, e concludono per l'importanza patogenetica della *pars intermedia* nel diabete insipido. Christie e Stewart, Rosenbloom hanno avuto risultati analoghi. Marañon e Pintos, in un caso di sindrome adiposo-genitale e diabete insipido da lesione traumatica dell'ipofisi, hanno constatato netti risultati con le iniezioni di estratto ipofisario: per essi l'ipopituitarismo è causa del diabete insipido, ma anche i centri nervosi vi prenderebbero parte. Uno studio molto dettagliato ed esauriente sulle modificazioni della diuresi indotte dagli estratti ipofisari, in rapporto al ricambio dell'acqua, dei sali (cloruri, fosfati) e dell'azoto è stato fatto da Moreschi (1918), dalla cui monografia ho tratto parecchi dei dati storici sopra accennati.

Egli ha dimostrato che la diminuzione massima della diuresi si ottiene con dosi di 1 cc. di « Pituitrin », e che tale diminuzione rimane inalterata con dosi superiori; dunque secondo l'autore, non esiste rapporto fra limitazione della diuresi e quantità dell'estratto ipofisario iniettato; la poliuria dovrebbe riferirsi ad un'abnorme dilatazione dei vasi renali per mancata od insufficiente circolazione dell'ormone ipofisario. Recentemente Crouzon e Bouttier hanno anche constatato l'azione benefica dell'estratto del lobo posteriore dell'ipofisi sulla poliuria in una paziente colpita da sindrome adiposo-genitale e diabete insipido.

Il rapporto fra ipofisi e diabete insipido è avvalorato anche dall'esistenza di quest'ultimo insieme con vere forme di infantilismo od altre sindromi discriniche, nelle quali hanno importanza fondamentale le alterazioni dell'ipofisi. Strauss ha richiamato l'attenzione, fin dal 1912, sui rapporti fra il diabete insipido e l'arresto di sviluppo. Ebstein ha riferito un caso di eunucoidismo nel biabete insipido, con emiacromatopsia bitemporale e atrofia dei genitali, per effetto di un tumore ipofisario. Kopczynski in un caso di tumore ipofisario ha constatato infantilismo, distrofia adiposo-genitale e diabete insipido. Lereboullet, Faure-Beaulieu e Vaucher hanno descritto un caso di diabete insipido con infantilismo; Souques e Chauvet un caso di nanismo di tipo ipofisario con diabete insipido. Ciò m'induce a render nota un'osservazione clinica, ch'ebbi opportunità di fare nella Clinica Medica di Roma, entro il 1915, e della quale riferisco la storia:

L. B. S., di anni 23, nativo della provincia di Avellino (Chianche), celibe, cameriere. Il padre è strenuo alcoolista; è però di robusta costituzione e vive in ottima salute. La madre è di statura molto bassa (circa metri 1.40), ma armonicamente costituita; si coniugò a 23 anni; ebbe 10 gravidanze. Il primo nato morì all'età di 7 mesi; la seconda gravidanza terminò con aborto; la terza fu condotta a termine e da essa venne alla luce l'attuale infermo. La quarta gravidanza terminò con parto prematuro, al 7° mese, di un feto vitale, che attualmente è una ragazza di circa 21 anno, di bassa statura, ma di robusta costituzione ed avente in modo spiccato i caratteri sessuali secondari. Altre 5 gravidanze procedettero tutte regolarmente; l'ultima terminò recentemente con aborto. Un fratello dell'infermo ha 16 anni ed ha normale sviluppo somatico e sessuale; una sorella di 14 anni ha statura superiore a quella dell'infermo. La madre, durante il decorso della gravidanza da cui venne alla luce l'infermo, fu colpita da infezione malarica.

L'infermo fu partorito senza l'ausilio di manovre ostetriche; fu allattato al seno materno per circa due anni. Fin dall'età di 7 mesi andò soggetto a febbri malariche, che non cessarono del tutto prima dei 7 anni. Il paese di nascita è in zona malarica. Nei primi 6 o 7 anni egli assicura che le proporzioni dello scheletro erano normali per un bambino della sua età; però presentava uno sviluppo esagerato di adipe su tutta l'estensione del corpo, tanto da destare meraviglia nei parenti. Negli anni successivi lo sviluppo dell'adipe è andato gradatamente diminuendo fino all'età di 12-13 anni. Prima d'allora lo sviluppo somatico, fatta astrazione dall'adiposità, e quello psichico non fecero mai notare deficienze apprezzabili. Contrasse 3 volte malattie esantematiche. Dai 7 fino ai 13 anni ha frequentato le scuole, dimostrando diligenza e intelligenza normali. Fu sempre nutrito sufficientemente; dopo il periodo di dimora in zona malarica, ha sempre abitato in ambienti igienici. Egli afferma che a 13 anni raggiunse lo sviluppo attuale. A quell'età, i genitali esterni presentavano dimensioni alquanto maggiori delle attuali. Le erezioni cominciarono a manifestarsi verso i 10 anni, non accompagnate però da senso di libidine; questa si iniziò verso i 13 anni, ed allora l'infermo si diede moderatamente a pratiche masturbatorie, fino all'età di 16 anni. Da allora in poi le erezioni sono cessate e con esse anche il senso di libidine. In seguito alle pratiche masturbatorie non ha mai notato emissione di sperma. All'età di 16-17 anni esercitò per 6 o 7 mesi il mestiere di tornitore e fonditore; in quell'epoca si iniziò notevole senso di astenia generale, per cui non poteva

più disporre della forza necessaria all'esercizio del suo mestiere. Avvertiva spesso vertigine, diminuzione del potere visivo, cefàlea a sede frontale con oscillazioni d'intensità, e talvolta conati di vomito. Ogni 7-8 giorni veniva pure colpito da accessi dolorosi a carattere trafittivo attorno alla regione ombelicale, che duravano 10-12 ore e si attenuavano mediante applicazioni fredde. Fin d'allora cominciò ad avvertire limitazione del campo visivo nell'occhio sinistro, in quanto che non riusciva a vedere gli oggetti nella metà esterna di esso, quando l'asse oculare era diretto anteriormente; oltre a ciò la visione non era nitida. Avvertiva parestesie varie alle estremità, sensibilità al freddo, e senso di crampo negli arti inferiori, quando si levava di botto dalla posizione seduta. Non ha notato frequenti accessi di sudorazione. Talvolta avvertiva senso di vampa alla faccia ed alle estremità degli arti superiori, accompagnato da visibile congestione. Dai 14 anni ha notato diminuzione sensibile dell'appetito, indifferenza ai vari cibi e senso di ripienezza gastrica, anche dopo pasti poco abbondanti; non vomito nè conati, ma soltanto facili eruttazioni acide. Alvo abitualmente stittico; non ha mai notato emissione di muco o di sangue, non crisi diarroiche. A 14 anni si iniziarono polidipsia e poliuria. L'infermo beveva avidamente fino ad un litro di liquido per volta ed emetteva poco dopo una grande quantità di urina limpida e quasi incolore; la diuresi raggiungeva massimi di 8 o 10 litri nelle 24 ore. Nel 1910 fu ricoverato una prima volta nella Clinica Medica di Roma, dove fu diagnosticata una forma di diabete insipido; la poliuria non subì notevole miglioramento. L'infermo racconta di aver sofferto molti patemi d'animo; ogni lieve causa di dispiacere provocava in lui un'intensa agitazione, che si accompagnava con tremore generale. Ha fatto successivamente il mestiere di legatore di libri, di cameriere, di sguattero, alternando i periodi di lavoro con lunghi periodi di riposo. I disturbi su descritti e specialmente l'astenia sono persistiti; costretto a restare molto tempo in piedi per l'esercizio del suo mestiere, avverte spesso senso di crampo ai polpacci e dolori plantari. In seguito alle emozioni, ha facilità al pianto.

È ricoverato in Clinica Medica il 21 aprile 1915.

Esame obbiettivo. — Costituzione scheletrica disarmonica per sviluppo eccessivo in lunghezza degli arti inferiori, rispetto al tronco. Cute rosea pallida, con lieve cianosi al dorso delle mani, degradante dalle dita fino al 1/4 inferiore degli antibracci; tale cianosi è accompagnata da modica ipotermia. Lievi chiazze cianotiche sulla faccia anteriore dei ginocchi, al collo ed al dorso dei piedi. Piccoli nevi pigmentati sparsi sulla faccia, sul tronco e lungo gli arti superiori. Unghie con striatura longitudinale e trasversale. Lieve pigmentazione delle regioni sopraorbitarie, e minute efelidi al dorso del naso. Finissima pelurie in luogo dei mustacchi e della barba; regioni ascellari glabre del tutto; rari, fini e corti peli al pube ed alla radice dello scroto. Sfregando la superficie della cute, permane per parecchio tempo una stria bianca da vaso-costrizione; tale fatto si apprezza più chiaramente nelle zone cianotiche, specie al dorso delle mani. Cute arida e lievemente grinzosa per rugosità trasversali della fronte, delle palpebre e degli angoli esterni delle orbite, che danno alla faccia dell'infermo un aspetto leggermente senile. Sul resto della superficie del corpo essa è per lo più lucida, quasi trasparente al tronco nei quadranti inferiori dell'addome, meno lucida lungo gli arti, un po' ruvida al dorso delle mani e dei piedi. Al tatto la cute presenta una consistenza molle elastica, ed è sollevabile per lo più in grosse pliche; ad essa si imprime facilmente in alcune regioni, specie nelle mammarie e nelle addominali un tremolio gelatinoide. In dette regioni il pizzicottamento riesce alquanto doloroso; un lieve grado di succulenza si rileva su tutta l'estensione del corpo, ma specialmente nelle regioni mammarie, al pube, alla radice delle coscie, nelle regioni deltoidee e lombari. La pressione digitale in nessun punto lascia impronta permanente; nella regione epigastrica e nella metà più alta dei quadranti inferiori dell'addome la cute ricorda un poco l'aspetto e la consistenza mixedematosa. Non segni di sudorazione, nemmeno nelle regioni ascellari. Mucose congiuntivali rosee; labiali lievemente cianotiche. Ipotermia cutanea prevalente alle estremità delle mani e dei piedi. Del pannicolo adiposo non si riesce ad apprezzare nettamente il volume, per il carattere mixedematoide dei tessuti sopra accennati.

Masse muscolari scarse, ipotoniche e dolenti alquanto alla pressione. Tanto i capi articolari quanto le diafisi delle ossa lunghe sono dolenti a una pressione non forte; leggero ingrossamento dei capi articolari dei gomiti e dei ginocchi, specie a carico dei condili interni dei femori e delle tuberosità interne delle tibie: queste non sono abnormemente seghettate. Bacino alquanto a tipo femmineo. Piccoli gangli, di media consistenza, piatti, mobili, indolenti nelle regioni sottomascellari e latero-cervicali.

Mucosa orale pallida; apparato dentario normale, salvo lieve usura dei margini degl'incisivi, impianto anomalo di uno dei canini ed assenza degli ultimi 4 molari. Lingua diffusamente impatinata con lievi impronte dentarie. Iperplasia dei follicoli faringei.

Collo esile; glandola tiroide di grandezza e consistenza presso che normali.

Torace: ostio superiore ridotto specialmente nel senso antero-posteriore; metà superiore della regione sternale appiattita; basi toraciche depresse in senso antero-laterale. Notevole grado di cifosi dorso-lombare e lievissimo grado di scoliosi dorsale con convessità verso destra. Evidenti le fossette di Morenheim. Angolo epigastrico lievemente ottuso. Tipo respiratorio misto, con poca prevalenza della respirazione diaframmatica; respiro ritmico, di frequenza =24. Alla palpazione, dolenzia delle masse muscolari su tutta l'estensione toracica. Il resto dell'esame fisico è negativo.

Apparato cardio-vascolare: cuore nei limiti; 1° tono debole seguito da un lievissimo rumore in tempo sistolico, maggiormente distinto sul *centrum cordis.* Lieve accentuazione tanto del 2° tono polmonare quanto del 2° aortico. Il soffio non si propaga in direzione dell'ascella nè dello spazio scapolo-vertebrale sinistro. Arterie periferiche elastiche. Polso radiale piccolo, a bassa pressione, uguale, ritmico, di frequenza=72. La pressione dei bulbi oculari non modifica la frequenza delle pulsazioni.

Addome: doloroso il pizzicottamento della pelle; indolente la palpazione profonda; non segni di versamento intraperitoneale. Normale il fegato. Milza con limite superiore alla 7ª costola lungo l'ascellare media, anteriore lungo l'ascellare anteriore, inferiore un centimetro sotto l'arcata costale; margine di consistenza aumentata. Nulla di particolare a carico degli altri organi addominali.

Genitali esterni: le dimensioni dell'asta ed il volume dello scroto corrispondono agli organi genitali di un bambino di 6 anni. L'inserzione del frenulo giunge fin quasi al meato uretrale. La lunghezza dell'asta allo stato flaccido, misurata dall'attacco anteriore dello scroto è di circa 4 cm. Il testicolo sinistro ha la grossezza di un grosso fagiuolo; il destro è meno voluminoso e tende al criptorchidismo.

Sistema nervoso: oculomozione, movimenti facciali e linguali integri. Normale la direzione del velo pendulo. Masse muscolari ipotrofiche ed alquanto ipotoniche. Mobilità attiva degli arti normale; dinamometria: a destra 17, a sinistra 16. Lieve diminuzione di resistenza ai movimenti passivi. Normali tutte le specie di sensibilità superficiale e profonda. Leggermente dolenti alla pressione tanto le masse muscolari quanto i tronchi nervosi periferici. Percussione cranica alquanto dolorosa in corrispondenza delle regioni temporo-parietali, prevalentemente a destra. Alquanto dolorosa anche la pressione della colonna vertebrale non che delle docce paravertebrali. Pupille lievemente disuguali di diametro (S > D); normali e pronti i riflessi alla luce, all'accomodazione, alla convergenza e consensuali.

Reperto oculare (esame eseguito nella R. Clinica Oculistica, diretta dal prof. Cirincione). — « Tensione endoculare normale. Visus: O D 10/10; O S 2/10 (non migliora con lenti).

Campo visivo: *marcata limitazione nelle due metà temporali.*

Esame oftalmoscopico. — Pallore delle papille specialmente a sinistra e restringimento dei vasi arteriosi.

Diagnosi: atrofia bianca primitiva dei nervi ottici ».

Senso acustico, olfattivo e gustativo normali.

La voce ha più il timbro di quella di un adolescente che di un adulto; tende un poco al falsetto. Nella voce cantata l'estensione è deficiente nelle note centrali e basse. Favella normale.

Esame psichico. — Nessun disturbo particolare all'infuori di un notevole grado di ipomnesia per le nozioni astratte.

Esame antropometrico. — Statura m. 1.465; peso corporeo kgr. 38,400. Volta cranica leggermente appiattita; osservando il cranio per la norma superiore, si rileva un lievissimo grado di plagiocefalia, costituita da un maggior rilievo della semicirconferenza posteriore destra, e anteriore sinistra. Osservando il cranio per la norma laterale, si nota che lo sviluppo della faccia è scarso rispetto a quello del cranio. Padiglioni auricolari normalmente impiantati ed allo stesso livello, con lieve tendenza al tipo ad ansa; a sinistra presenza del tubercolo di Darwin. Normale l'inserzione del capillizio salvo nella regione frontale, dove si sospinge notevolmente all'innanzi, tanto al centro quanto ai lati.

Diametro antero-posteriore massimo (dalla radice del naso all'inion) mm. 180. Diametro trasverso massimo o biparietale mm. 148.

Indice cefalico $= \frac{148 \times 100}{180} = 82,2$

Curva cranica antero-posteriore (nasion-inion) mm. 310.

Curva trasversa o bisauricolare, dalla radice dell'arcata zigomatica a quella del lato opposto, passando per il bregma, mm. 325.

Circonferenza orizzontale massima o contorno del capo, passante trasversalmente sulla fronte al disopra del sopracciglio, posteriormente per l'inion, mm. 530.

Semicurva anteriore, dall'orlo anteriore del forame acustico d'un lato a quello dell'altro passando per l'arcata sopraccigliare, mm. 265.

Semicirconferenza posteriore mm. 265.

Semicurva laterale destra mm. 266; laterale sinistra mm. 260.

Prosopometria: distanza fra l'ofrion (punto sopranasale) ed il punto mentoniero mm. 97.

Diametro bizigomatico mm. 112.

Diametro bimandibolare (distanza massima fra i due angoli della mandibola) mm. 94.

Diametro frontale minimo, o distanza fra i due bordi superiori esterni delle apofisi orbitarie esterne, mm. 105.

Indice nasale $= \frac{31 \times 100}{48} = 64,5$ (mesorrino).

Indice facciale totale (cioè il diametro bizigomatico × 100 diviso per la distanza ofriomentoniera $= \frac{112 \times 100}{97} = 115$

Indice facciale superiore (cioè il diametro bizigomatico × 100 diviso per la distanza nasoalveolare) $= \frac{112 \times 100}{68} = 164,7$.

Tronco: circonferenza toracica (a livello della linea mammillare) mm. 725.

Circonferenza addominale (a livello della linea ombelicale) mm. 730.

Distanza fra l'estremità superiore della cervice ed il promontorio sacrale mm. 465.

Arti superiori: grande apertura delle braccia (dalla punta di un dito medio a quella dell'altro) mm. 1480.

Distanza dall'acromion alla punta del dito medio, a destra mm. 642, a sinistra mm. 637.

Lunghezza del braccio, dall'acromion all'epicondilo, a destra mm. 263, a sinistra mm. 255.

Lunghezza dell'avambraccio, dall'epicondilo all'apofisi stiloide del radio, a destra mm. 240, a sinistra mm. 235.

Lunghezza della mano, dall'apofisi stiloide del radio all'apice del medio, a destra mm. 179, a sinistra mm. 176.

Arti inferiori: lunghezza dell'arto dalla spina iliaca anterior-superiore al suolo, a destra mm. 918, a sinistra mm. 915.

Lunghezza della coscia dalla detta spina iliaca alla linea articolare del ginocchio: a destra mm. 490, a sinistra mm. 500.

Lunghezza della gamba dalla linea articolare del ginocchio alla sommità del malleolo interno, a destra mm. 374, a sinistra mm. 374.

Lunghezza del piede, dal tallone all'estre-

mità anteriore dell'alluce, a destra mm. 240, a sinistra mm. 245.

Ad ammalato coricato, distanza da un piano passante per la pianta dei piedi al giugulo mm. 1210; alla base d'inserzione dell'apofisi xifoide mm. 1055; al pube mm. 820; all'acromion mm. 1230.

Diametro trasverso toracico mm. 226; trasverso ipocondriaco mm. 217; toracico antero-posteriore mm. 173.

Diametro trasverso del bacino mm. 250.

Altezza sternale mm. 137. Distanza xifo-ombelicale mm. 170; distanza ombelico-pubica mm. 120. Distanza dal giugulo al pube mm. 420.

Esame delle urine. — Assenza di albumina, di zucchero e di ogni altro elemento patologico.

Esame ematologico. — Globuli rossi 6,087,000; Hb 106; valore globulare 0,87; globuli bianchi 6,800. Formula leucocitaria: linfociti comuni 27 %; mononucleati medi e grandi 18 %; forme di passaggio 3.5 %; polinucleati e polimorfi neutrofili 47 %; eosinofili 4.5 %. All'esame morfologico della serie rossa non si rileva altro che una modica anisocitosi.

Pressione arteriosa. — Con l'oscillòmetro sfigmomanometrico del Pachon si hanno i seguenti valori: Px = 80; Pm = 50.

Ricerche biologiche. — Reazione di Wassermann nel sangue negativa.

Oftalmoreazione e cutireazione alla tubercolina negative.

Ricerche speciali. — In seguito ad una iniezione ipodermica di 1 mgr. di adrenalina, la pressione arteriosa massima, misurata col Riva-Rocci, sale da 93 a 112, e la frequenza del polso da 78 a 100, dopo ½ ora; la pressione arteriosa massima a 108, e la frequenza del polso a 88, dopo un'ora e mezza; la pressione arteriosa massima a 98, e la frequenza del polso a 88, dopo 6 ore.

Dopo ½ ora dall' iniezione ipodermica di 1 cgr. di cloridrato di pilocarpina si constata: fenomeni di vaso-dilatazione (rossore della faccia), lacrimazione, salivazione abbondante, conati di vomito, sudorazione, un accesso di diarrea; la pressione arteriosa massima scende da 92 a 90; la frequenza del polso sale da 75 a 92.

Esame del succo gastrico. — Reazione acida; reazione al rosso Congo positiva; Günzburg positivo; Uffelmann negativo; acidità totale 2.24 ‰; HCl libero 1.29 ‰.

Durante la degenza del paziente in Clinica Medica (21 aprile-23 maggio 1915), il disturbo fondamentale e più costante da noi constatato è stata un'intensa poliuria (quantità giornaliera della diuresi da cinque ad otto litri), con bassissimo peso specifico delle urine e diluizione delle sostanze secrete proporzionata all'aumento del volume acquoso. La temperatura cutanea è stata per lo più al di sotto della media normale; il paziente ha costantemente accusato astenia prevalente negli arti inferiori e sete intensa, e si è spesso lagnato di lievi accessi di cefalea frontale, di annebbiamento della vista, di tendenza al sonno, di qualche accesso di vertigine, di diminuzione dell'appetito, di accessi dolorosi nella regione periombelicale, e talvolta lungo la colonna vertebrale, specie nel tratto lombare.

L'ordine di mobilitazione in zona di guerra m'impedì di eseguire altre ricerche, fra le quali l'esame radiografico della sella turcica.

Alla fine dello scorso anno ho saputo indirettamente che il paziente viveva ancora in discrete condizioni di salute.

***

Non mi sembra necessario spender molte parole per dimostrare che il caso sopra descritto rientri fra quelli nei quali il diabete insipido è da ascriversi ad alterata funzione dell'ipofisi. La costante intensa poliuria, che raggiungeva fino il volume di otto litri nelle 24 ore, la polidipsia, gli accessi di cefalea e di vertigine, l'astenia, l'atrofia dei nervi ottici, l'emianopsia bitemporale, la spiccata ipotensione arteriosa, la sonnolenza sarebbero, da soli, dati sufficienti a che la sindrome fosse da riferirsi alla lesione della glandola pituitaria. Infatti l'atrofia dei nervi ottici e la marcata limitazione delle metà temporali del campo visivo dimostrano in modo inconfutabile l'esistenza di un'alterazione in corrispondenza della regione chiasmatica, e questa è quasi sempre rappresentata da tumefazione dell'ipofisi, che sappiamo essere appunto abbracciata, nel suo tratto peduncolare, dal chiasma dei nervi ottici. È noto che i disturbi visivi possono mancare se la tumefazione è intrasellare, come accade per lo più nell'acromegalia, e che essi, al contrario, sono precoci e gravi se la tumefazione è a carico della porzione infundibolare. Quanto all'abbassamento della pressione arteriosa, che nel nostro caso si è dimostrata notevolmente al di sotto della normale, essa trova riscontro nel caso illustrato da Moreschi non che in alcune esperienze di Paulesco e Cushing, che constatarono nel cane la caduta della temperatura e della pressione arteriosa dopo l'estirpazione totale dell'ipofisi. Quanto alla tendenza al sonno accusata dal nostro paziente, durante la sua degenza in Clinica, ricordiamo che le sindromi ipofisarie, come, ad esempio, la distrofia adiposo-genitale, l'acromegalia, si accompagnano spesso a crisi narcolettiche; la sonnolenza è uno dei sintomi constatati negli animali ipofisiectomizzati, ed è noto, per le osservazioni di Gemelli, Cushing e Goetsch, che durante il letargo di alcuni animali, l'ipofisi subisce involuzione funzionale. Naturalmente, il ritener certa e fondamentale l'alterazione dell'ipofisi nel nostro caso non esclude la partecipazione di altre glandole a secrezione interna nel de-

terminismo della sindrome: ad esempio, della surrenale per concorrere all'effetto della ipotensione arteriosa, dell'ipostenia vaso-motoria (permanenza della stria bianca da vaso-costrizione in seguito allo sfregamento della cute, lieve acrocianosi), delle discromie cutanee, dell'astenia neuro-muscolare; come anche della glandola tiroide, per l'aspetto mixedematoide della cute in alcune zone. Del rimanente, d'accordo con la maggioranza degli autori, siamo convinti che, pur ammettendo l'importanza fondamentale dal punto di vista ezio-patogenetico di questa o quella glandola a secrezione interna nelle varie sindromi cliniche, in nessuna di queste l'alterazione rimane assolutamente monoglandolare, ma induce nelle altre glandole disturbi funzionali più o meno pronunciati.

Come dobbiamo interpretare le manifeste note di infantilismo somatico e sessuale presentate dal nostro soggetto? È noto che l'ablazione della maggior parte del lobo anteriore dell'ipofisi induce negli animali adulti arresto di funzione, e nei giovani, di maturazione delle glandole sessuali non che dei caratteri sessuali secondari. Pende ammette che il secreto interno dell'ipofisi contiene ormoni che eccitano lo sviluppo e la funzione tanto della porzione generativa quanto della interstiziale della glandola genitale, e che gli ormoni della preipofisi eccitano la osteogenesi encondrale. Molti autori hanno osservato casi di vero infantilismo, dovuti ad alterazione dell'ipofisi. Interessante, a tal proposito, è l'osservazione di Nazari (1906), che ha descritto un caso di infantilismo (125 cm. di statura all'età di 20 anni), nel quale l'esame necroscopico dimostrò un'affezione cistica dell'ipofisi. Anche Falta insiste sull'arresto di sviluppo che consegue all'alterazione dell'ipofisi, quando la malattia si è iniziata fra l'età dell'infanzia e dell'adolescenza. Questo è proprio il caso nostro: infatti, l'accurata anamnesi dimostrava che il paziente fin dall'età di 13 anni aveva notato arresto completo dello sviluppo e che anzi a quell'età i genitali presentavano dimensioni alquanto maggiori che negli anni successivi. L'arresto dello sviluppo somatico e sessuale, fu indotto certamente dalla primitiva alterazione ipofisaria, di cui il paziente aveva già dato qualche segno in precedenza: infatti, nella prima infanzia aveva presentato uno straordinario sviluppo di adipe, che poi andò gradualmente decrescendo. Sperimentalmente è provato che l'adiposità generale può conseguire all'ablazione della porzione glandolare dell'ipofisi; dunque essa poteva nel nostro caso esser già l'indizio di un *deficit* funzionale dell'ipofisi, come, del rimanente, dimostra la sindrome clinica della distrofia adiposo-genitale, da tutti ritenuta quale sindrome di ipopituitarismo. L'arresto di sviluppo della glandola genitale nel paziente ha condotto alla non comparsa dei caratteri sessuali secondari, cioe dei peli al pube ed alle ascelle, dei mustacchi e della barba, della voce a timbro nettamente mascolino, della spermatogenesi, alla scomparsa del senso di libidine, e al determinarsi di alcune disarmonie dello sviluppo scheletrico, che hanno rivestito il tipo ipofisario dell'infantilismo di qualche attributo eunucoide. Infatti, come appare dalle misurazioni esposte nell'esame antropometrico, si è notata una prevalenza in lunghezza degli arti inferiori, cioè una specie di gigantismo parziale relativo, che può considerarsi quale effetto del disordine genitale.

Nel nostro caso è anche degno di nota il reperto ematologico, cioè la modica iperglobulia, la lieve diminuzione del valore globulare, e la linfocitosi e monocitosi assolute e relative, specie quest'ultima. Anche Moreschi, nel suo caso di diabete insipido di origine ipofisaria, ha constatato lieve iperglobulia, valore globulare basso e linfocitosi. Le nostre osservazioni presentano analogia con i reperti descritti da altri autori (Falta e Bertelli, Borchardt, ecc.) nella sindrome adiposo-genitale, dove si può avere stato clorotico del sangue, diminuzione dei neutrofili ed aumento notevole dei monociti e dei linfociti. Tale analogia di reperto è un'altra prova indiretta dell'origine ipofisaria del nostro caso di diabete insipido.

Qual'è stata la natura della lesione? Non si può rispondere con esattezza a tale quesito, mancandoci, per fortuna del paziente, il reperto necroscopico. Le alterazioni più frequetemente descritte a carico dell'ipofisi, sono: fra i tumori, i carcinomi, i sarcomi, i gliomi, gli adenomi, i teratomi, i condromi, i fibromi, gli steatomi; fra le altre specie di alterazioni, le cisti, i tubercoli, le gomme. Nel nostro caso, escluse le alterazioni di natura sifilitica per la negatività della Wassermann, quelle di natura tubercolare per la negatività delle ricerche biologiche eseguite a scopo diagnostico, per l'assenza di lesioni tubercolari in altri organi e di concomitanti lesioni di parti contigue alla regione ipofisaria, per l'assenza di febbre, e per altri criteri che è superfluo invocare, riteniamo doversi trattare, tenendo in debito conto la lunga durata del processo, che rimonta certamente all'infanzia, di una neoformazione di natura benigna, la cui struttura,

naturalmente, non è possibile definire *intra vitam.*

Del rimanente, nemmeno l'esame radiologico avrebbe potuto risolvere la questione. L'alterazione ipofisaria, ossia, con grande probabilità, l'ipofunzione ipofisaria, specie della neuroipofisi e della porzione intermedia, come hanno dimostrato gli studi e le osservazioni ricordate nelle sommarie note di letteratura riguardanti l'argomento, deve ritenersi, qualunque sia la natura del processo, causa fondamentale del diabete insipido e dell'infantilismo somatico e genitale.

In conclusione: l'osservazione da me riportata si riferisce ad un caso di «diabete insipido ed infantilismo genito-somatico di origine ipofisaria», che ho creduto opportuno illustrare dal punto di vista clinico e render noto, data la rarità di analoghe osservazioni nella letteratura.

Roma, agosto 1920.

BIBLIOGRAFIA.

BENARIO. *Zur Pathologie und Therapie des Diabetes insipidus.* Muench. Med. Woch., 1913, p. 1768.

BERBLINGER. *Anatomische Befunde bei Diabetes insipidus.* Muench. Med. Woch., 1913, p. 674.

BORELLI. *Diabete insipido con tumore dell'ipofisi.* Policlinico, Sez. pratica, 1913, p. 857.

BIACH. *Pituitrininjektionen bei Diabetes insipidus.* Muench. Med. Woch., 1914, p. 217.

BERGÉ et PAGNIEZ. *A propos des injections d'extrait hypophysaire dans le diabète insipide.* La Presse Méd., 1914, p. 268.

BARKER et MOSENTHAL. *L'extrait hypophysaire dans le traitement du diabète insipide.* La Presse Méd., 1918, p. 327.

CAMUS et ROUSSY. *Diabète insipide et polyurie dite hypophysaire.* La Presse Méd., 1914, p. 517.

CHRISTIE et STEWART. *Étude d'u cas de diabète insipid au point de vue particulier du mecanisme de la diurèse et de l'action de l'extrait pituitaire.* La Presse Méd., 1918, p. 56.

CROUZON et BOUTTIER. *Syndrome polyglandulaire avec diabète insipide; efficacité de l'opothérapie hypophysaire sur la polyurie.* Presse Méd., 1920, p. 530.

CUSHING. *The pituitary body and its disorders.* — Philadelphia and London, 1912.

ID. *Sur le diabète insipide et la polyurie d'origine hypophysaire.* Revue Neur., 1913, pagina 445.

DEAN LEVIS et MATTHEWS. *La partie intermédiaire de l'hypophyse, ses rélations avec le diabète insipide.* Revue Neur., 1913, p. 446.

EBSTEIN. *Ueber Eunuchoidismus bei Diabetes insipidus.* Muench. Med. Woch., 1913, p. 200.

FALTA. *Le malattie delle glandole sanguigne.* Traduz. italiana, 1914.

FARINI. *Diabete insipido ed opoterapia ipofisaria.* Gaz. degli Ospedali e delle Cliniche, 1913, p. 1135.

FRANK. *Ueber Beziehungen der Hypophyse zum Diabetes insipidus.* Berl. Klin Woch., 1912, n. 9.

GERMANI. *Un caso di diabete insipido.* Il Morgagni, n. 5, 1917.

HOPPE-SEYLER. *Krankheitsbild und Behandlung des Diabetes insipidus.* Muench. Med. Woch., 1914, p. 1476.

JEWETT. *Ipofisi e diabete insipido.* La Riforma Medica, 1914, p. 669.

KOPCZYNSKI. *Tumeur de l'Hypophyse.* Revue Neur., 1913, p. 439.

LEREBOULLET et FAURE-BEAULIEU. *Effet de l'opothérapie hypophysaire sur la polyurie du diabète insipide.* La Presse Méd., 1914, pagina 233.

LICHTWITZ und STROMEYER. *Die Funktion der Niere im Diabetes insipidus.* Muench. Med. Woch., 1914, p. 1880.

LUZZATTO. *Diabete insipido da emorragia nella neuroipofisi e nel peduncolo ipofisario.* Lo Sperimentale, fasc. V-VI, 1917.

MARAÑON et PINTOS. *Lésion traumatique pure de l'hypophyse - Syndrome adiposo-génital et diabète insipide.* La Presse Méd., 1918, pagina 214.

MORESCHI. *Sulla patogenesi del diabete insipido.* Policlinico, Sez. medica, 1918, fasc. 4.

NAZARI. *Contributo allo studio anatomo-patologico delle cisti dell'ipofisi cerebrale e dell'infantilismo.* Policlinico, 1906, p. 445.

NEWMARK. *Un cas de tumeur de l'infundibulum chez un enfant, avec diabète insipide.* La Presse Méd., 1917, p. 398.

PAGNIEZ. *Le diabète insipide et son origine hypophysaire.* La Presse Méd., 1919, p. 746.

PENDE. *Patologia e Clinica degli organi a secrezione interna.*

RÖMER *Ueber die Beziehungen zwischen des Funktion der Hypophysis cerebri und dem Diabetes insipidus.* Deut. Med. Woch., 1914. p. 107.

ROSENBLOOM. *Suppression de la polyurie dans un cas de diabète insipide par l'emploi d'extrait d'hypophyse.* La Presse Méd., 1918, p. 532.

ROSENFELD. *L'estratto pituitario nel diabete insipido.* La Riforma medica, 1917, p. 268.

STRAUSS. *Diabetes insipidus und Entwickelungshemmung, etc.* Folia urologica, 1912, p. 389.

STEIGER. *Ueber einen Fall von Diabetes insipidus und seine Beziehungen zur inneren Sekretion resp. zum erweiterten Vagussystem.* Deut. Med. Woch., 1912, n. 40.

SIMMONDS. *Hypophysis und Diabetes insipidus.* Muench. Med. Woch., 1913, p. 127.

ID. *Ueber sekundäre Geschwülste des Hirnanhanges und ihre Beziehungen zum Diabetes insipidus.* Muench. Med. Woch., 1914, p. 180.

VON DEN VELDEN. *Therapie des Diabetes insipidus.* Muench. Med. Woch., 1914, p. 850.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE CIVILE DI SASSARI - SEZIONE MEDICA
Primario: Prof. ANDREA CONTI.

Il citrato di sodio nella cura della polmonite lobare.

Nota di terapia, per il dott. G. MARCIALIS, aiuto

Alcuni mesi or sono qualche giornale italiano e straniero riportò il lavoro del dottor Weaver sopra un nuovo metodo di cura delle polmoniti e bronco-polmoniti col citrato di soda, metodo basato sul potere del medicamento di combattere l'aumentata vischiosità del sangue e di ristabilire in tal modo la circolazione cardio-polmonare ostacolata dal processo di epatizzazione, e sulla sua alcalinità che favorirebbe il potere antitossico del sangue. Ebbi anch'io allora la curiosità di sperimentare il nuovo metodo di cura sui polmonitici ricoverati nelle due sezioni mediche di questo Ospedale Civile, innanzi tutto per la estrema semplicità del metodo stesso, ed in secondo luogo per controllare i risultati veramente notevoli ottenuti dal Weaver.

Questa mia curiosità era spiegabilissima se si pensa che a tutt'oggi, non ostante che la polmonite crupale sia una delle malattie più note e più diffuse, non possediamo contro la malattia un medicamento specifico nel vero senso scientifico della parola, e l'opera del medico si riduce ancora ad una cura puramente sintomatica, diretta, cioè, a combattere i sintomi più minacciosi della grave affezione.

È naturale, quindi, che quando uno scienziato, con intendimenti rigorosamente scientifici e serî, preconizza e ci addita un nuovo metodo o medicamento per la cura di una data malattia contro la quale siamo disarmati o quasi, siamo indotti a provarlo, non foss'altro per appagare quel senso di curiosità scientifico ed umano che è nel cuore di ogni medico coscienzioso, nella speranza di poterci rendere sempre più utili ai nostri ammalati con nuovi e migliorati metodi di cura.

Pochi mesi dopo la pubblicazione del Weaver, e precisamente nel marzo 1920, il dottor Vivaldi pubblicò due casi di polmonite consecutivi ad influenza curati col citrato di sodio, ed anche da questo lavoro trassi incentivo a sperimentare il nuovo medicamento sui miei ammalati, specialmente su quelli affetti da polmonite lobare franca, e giacchè lo stesso Weaver, mentre ritiene il rimedio specifico per questa forma, ha dei dubbi sulla sua efficacia nelle forme grippali.

Nel giro di questi ultimi tre o quattro mesi, per una strana deficienza di morbilità a carico dell'apparato respiratorio verificatasi proprio in questo periodo in Sassari, ho potuto applicare il metodo di Weaver solo in due casi di polmonite franca, entrambi occorsimi nella pratica ospedaliera.

Per quanto questi due casi fossero stati gravissimi, specialmente il primo a prognosi infausta, e portati a guarigione in un modo quasi insperato, pure, data l'esiguità della mia casistica, avevo deciso di sperimentare il nuovo medicamento sopra un maggior numero di casi prima di rendere note le mie osservazioni, allorquando lessi il lavoro del prof. L. Siciliano, pubblicato pochi giorni fa nella *Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*. Confesso che la lettura di quel lavoro, serenamente critico e giudiziosamente ponderato nel suo scetticismo verso il nuovo metodo di cura, mi ha indotto senz'altro a pubblicare questa breve nota, perchè, dati i risultati brillantissimi e, ripeto, quasi insperati ottenuti nei miei due ammalati, non posso, almeno per il momento, condividere lo scetticismo del prof. Siciliano e condannare senz'altro un metodo di cura che, per le basi rigorose su cui è fondato, per la sua semplicità e, sopratutto, per la sua innocuità, merita di essere sperimentato su larga scala e dal maggior numero di medici.

Il medicamento proposto dal Weaver cadrà dopo nell'oblìo come tanti e tanti altri medicamenti, per non dire migliaia, preconizzati dai tempi più antichi ad oggi contro l'affezione pneumococcica? Niente di male, perchè credo che si debbano *a priori* lodare ed incoraggiare tutti i tentativi seri ed onesti, e sopratutto privi di nocumento, che si fanno nell'intento nobilissimo di alleviare le sofferenze umane, a prescindere dal fatto, in sè stesso ovvio, che, se è vero che un dato medicamento o metodo di cura hanno bisogno di prove e di riprove prima di affermarsi in modo assoluto e indiscusso, è vero, d'altra parte, che queste prove e riprove devono pur farsi prima di condannarli come inutili o dannosi.

Per queste ragioni ho creduto non del tutto inutile pubblicare i miei due casi, non foss'altro per invogliare gli studiosi a sperimentare su larga scala il nuovo medicamento, giacchè sono anch'io convinto che, come giustamente fa notare il Vivaldi, soltanto quando sarà sperimentato largamente si potrà concludere sulla sua reale efficacia.

Prima di esporre la storia clinica dei miei due ammalati mi preme mettere in rilievo un fatto al quale tengo moltissimo come italiano, e cioè che la priorità del metodo in questione non spetta al Weaver, ma al nostro Luccarelli. Il Luccarelli, infatti, molti mesi prima del Weaver, descrisse i benefici effetti da lui riscontrati contro le polmoniti grippali dall'uso delle inie-

zioni endovenose di una soluzione di citrato di soda al 3 % associata a mezzo milligrammo di adrenalina.

Ed è doveroso pure far notare che il Luccarelli fu indotto ad usare il citrato di soda appunto dalla necessità di combattere l'aumentata vischiosità del sangue, causa principale dell'ostacolo del circolo capillare polmonare, principio fondamentale sul quale più tardi il Weaver basò il suo metodo. Questo è bene che si sappia in Italia e fuori per mettere nella dovuta luce il valore delle ricerche nazionali, troppo spesso trascurate non solo dagli stranieri, ma, quel che è peggio, anche da noi.

Espongo brevemente le storie cliniche dei miei due ammalati.

CASO I. — Mettre Nicolina, d'anni 20, nubile, da Semestene. Viene ricoverata nella Sezione Medica femminile dell'Ospedale Civile il 6 giugno 1920 con sitomi di gravissima affezione polmonare. Letto n. 5.

Dato lo stato delirante dell'ammalata non è possibile procedere al suo interrogatorio. I famigliari raccontano che la malattia risale a quattro giorni innanzi. Mentre era in completo benessere venne colta improvvisamente da febbre alta preceduta da brividi di freddo, e contemporaneamente accusò forte dolore al costato sinistro.

In seguito ebbe tosse con espettorato rossastro, ed essendosi le condizioni dell'ammalata fatte molto gravi chiesero il ricovero nell'Ospedale Civile.

All'esame obiettivo rilevo tutti i sintomi fisici di una polmonite massiva a carico del polmone sinistro e del lobo superiore destro. Scarso espettorato rugginoso. Polso 140. Respiro frequentissimo (50 al 1') e superficiale. Cianosi accentuatissima alla faccia ed alle estremità. Temperatura ascellare 39°.9. Stato delirante.

Sebbene non nutrissi molta fiducia, data l'estrema gravità dell'ammalata, sull'efficacia del medicamento, prescrissi immediatamente il citrato di soda alle dosi di gr. uno ogni due ore, diluito in molta acqua bicarbonato-sodica di S. Martino e lo feci somministrare ininterrottamente giorno e notte. Come cure coadiuvanti praticai solo iniezioni ipodermiche di canfora e di digalen. Le condizioni continuarono a mantenersi sempre gravissime, e già s'era perduta ogni speranza di salvarla allorchè dopo quattro giorni dall'ingresso in Ospedale, e precisamente il 9 giugno, come risulta dal diario clinico, si ebbe la caduta critica della temperatura (36°.2), s'iniziò la fusione dell'essudato pneumonico e l'inferma entrò rapidamente in convalescenza. Seguendo il consiglio di Weaver, continuai la somministrazione del medicamento sino al terzo giorno dopo la crisi. L'unico inconveniente — chiamiamolo pure così — che notai durante la generosa somministrazione del citrato di soda, fu quello di una discreta diarrea la quale, però, non assunse mai proporzioni allarmanti, tanto è vero che non credetti nemmeno necessario prescrivere gli oppiacei come consiglia il Weaver.

CASO II. — Erre Nicola, d'anni 51, bracciante, da Sassari. Viene ricoverato nella Sezione medica maschile dell'Ospedale Civile, l'8 luglio 1920. Letto n. 11.

Racconta che quattro giorni prima ebbe malessere generale, senso di prostrazione e violenta cefalea. Due giorni dopo l'inizio di questi sintomi ebbe febbre alta, tosse secca e contemporaneamente avvertì un vivo dolore al costato destro.

All'esame obiettivo rilevo i sintomi di una infiltrazione pneumonica a carico dei lobi medio ed inferiore di destra. Polso 130 al 1'. Respiro 32. Temperatura ascellare 40. Sensorio integro.

Come nel 1° caso, prescrivo il citrato di soda alle dosi di gr. 1 ogni due ore, diluito abbondantemente in acqua bicarbonato-sodica di San Martino, da somministrarsi ininterrottamente giorno e notte. Come cura coadiuvante prescrivo 12 gocce di digalen due volte al giorno. Nei giorni seguenti l'ammalato andò rapidamente aggravandosi, divenne agitato, delirante, ed in tali condizioni gravissime si mantenne sino al 13 luglio, cioè 5 giorni dal suo ingresso in ospedale, nel qual giorno si ebbe la caduta critica della temperatura (36°.5) e l'inizio della risoluzione dei focolai pneumonici. L'ammalato fu dimesso completamente guarito il 24 luglio 1920.

Anche in questo caso continuai la somministrazione del medicamento sino al terzo giorno dopo la crisi. Non notai disturbi a carico dell'intestino.

Queste, in breve, le storie cliniche dei miei due ammalati.

Dato lo scarso numero di casi, non oso per il momento trarne alcuna conclusione assoluta: solo ritengo, in base ai risultati ottenuti, di poter coscienziosamente affermare che il medicamento proposto da Luccarelli e Weaver merita di essere sperimentato su larga scala, tanto più che il suo uso non dà luogo ad alcun inconveniente e ad esso si possono associare le cure coadiuvanti che siamo soliti praticare nella polmonite lobare.

Mi si potrà obbiettare che nei due casi da me descritti la crisi si ebbe regolarmente in 7ª ed 8ª giornata di malattia, come suole verificarsi nella polmonite franca, e che la guarigione si sarebbe potuta avere anche senza la somministrazione del citrato di soda. Certo sarebbe stato preferibile, per la maggiore probatività dell'esperimento, che il medicamento si fosse potuto somministrare sin dall' inizio della malattià, cosa che spero di poter fare in altri casi. Ma, pur non volendo attribuire tutto il successo al medicamento, non posso fare a meno di rilevare l'estrema gravità dei due casi, specialmente del primo, ed il fatto che quattro giorni dopo la sua somministrazione si ebbe una crisi completa ed insperata.

In quanto, poi, all'obbiezione che la guarigione si sarebbe potuta avere anche senza la somministrazione del citrato di soda, perchè è sempre impossibile dire quale sarebbe stato il decorso di una malattia senza la somministrazione di alcun medicamento, rispondo solo che

potremmo fare a meno di recarci al capezzale dei nostri infermi se nell'esercizio pratico della medicina applicassimo questi concetti astensionistici poco seri, e, mi permetto di dirlo, non degni della nostra missione.

I più vivi ringraziamenti al mio direttore e primario, prof. Andrea Conti, che mi permise di rendere noti questi casi e mi fu largo di consigli e di aiuto.

Sassari, 18 agosto 1920.

LAVORI CONSULTATI.

GRIESBACH e PEKELARING. Presse Médicale, febbraio 1920.
LUCCARELLI. Rivista Medica, febbraio 1919.
Prof. L. SICILIANO. *Il citrato di sodio nella cura delle polmoniti.* (Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, n. 56, 1920).
Dott. M. VIVALDI. *Il citrato di sodio nella cura delle pneumoniti.* (Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, n. 56, 1920).
M. W. H. WEAVER. *Sodium citrate in the treatment of pneumonia.* (New York Medical Journ. e delle Cliniche, n. 23, 1920).

RESOCONTI CLINICI.

OSPEDALE DA CAMPO 001.

Note di chirurgia di guerra.

Dott. GAVINO ANGIONI
Capitano medico di Complemento.

In queste brevi note ho riassunto l'attività chirurgica da me spiegata nel periodo di diciotto mesi come Capo reparto di Chirurgia nell'ospedale da campo 001, Unità Sanitaria la quale, formata in Sardegna, alla fine di aprile del 1916 raggiungeva la zona di guerra e svolgeva la sua opera dapprima alle dipendenze della 1ª Armata e successivamente della terza Armata.

Ai signori Generali Medici Morini e Bonome ed ai Colonnelli medici Riva e Pizzocaro rivolgo un sentito ringraziamento per quanto fecero perchè ci venisse facilitato il lavoro nella scelta dei locali e nell'arricchimento del materiale di dotazione, concedendoci tutto il loro appoggio, sì che si ebbe l'opportunità di sistemarci in caseggiati spaziosi, che opportunamente migliorati e trasformati si prestarono benissimo ad accogliere i feriti, che talvolta raggiunsero il numero complessivo di 450.

L'Ospedale, con apposite sale operatorie e di medicatura, disponeva di una sterilizzatrice tipo Schimmelbusch per gli strumenti e di un autoclave Mangini per il materiale, e quando ne occorreva una grande quantità, per la molteplicità degli interventi e per le medicature nei giorni di azione, si faceva uso anche della Gianoli, che corrispondeva benissimo.

Dei colleghi Puxeddu, Businco, Ricci, Calearo, Bertacchi, Vergano e Pais, valorosi ed instancabili miei collaboratori, serbo sempre grato ed affettuoso ricordo: tutti, con ammirevole slancio e con vera abnegazione, contribuirono nei lunghi periodi di azione e di affollamento di feriti a rendere il servizio regolare, sollecito e scrupoloso.

I feriti appena scaricati dalle ambulanze venivano portati nei locali di spogliazione e successivamente passati nella sala di medicazione; si faceva la scelta di quelli che potevano essere subito sgombrati, per aversi nuova disponibilità di posti letto, mentre quelli bisognosi di immediato intervento chirurgico venivano trasportati nella sala operatoria; riservando i soccorsi meno urgenti; i bendaggi gessati, a momenti di minor ressa.

Son capitati sotto la mia osservazione fra feriti, congelati e fratturati in complesso 5800 individui; di questi molti avevano ferite di poca entità, e dopo la prima medicatura venivano sgombrati.

Il numero degli atti operativi è stato di 600, così ripartiti:

Capo e collo.	operati	116	morti	12
Torace e dorso. . . .	»	134	»	4
Arti superiori	»	151	»	1
Addome	»	75	»	4
Bacino, organi genitali	»	53	»	3
Arti inferiori	»	71	»	6

La mortalità fu di 30, corrispondente al 5 per cento.

Fra i feriti accolti nell'ospedale 70 morirono quasi subito, in genere per ampi squarci di granata, asportazione di ossa craniche, spappolamento del cervello, perdita di arti, anemie acute per lesioni vasali, Shock, come risulta in dettaglio nei paragrafi seguenti e come fu accertato alla autopsia.

I congelati provenivano dalla trincea ed appartenevano a reparti impegnati in azioni offensive e difensive, con brevi turni di riposo per cui non avevano la possibilità di eseguire quelle norme indicate e suggerite per prevenire le congelazioni (modo di protezione delle estremità, stato delle calzature, ingrassatura, ecc.). Riguardavano in genere i due piedi ed erano dovute al freddo, all'umidità, alla difficoltà di circolazione ed alla immobilità.

Il numero dei congelati da me curati fu di 250:

Congelazioni di 1º grado	126
» » 2º »	84
» » 3º »	40

Le congelazioni di 1° grado presentavano le seguenti caratteristiche: colorito bluastro e marezzato della cute, tumefazione di consistenza pastosa alle dita e sul dorso dei piedi, meno accentuata sulla pianta, talvolta estesa fino ai malleoli. Nelle zone colpite la sensibilità tattile mancava, mentre era conservata nelle altre parti; assente la percezione del freddo e del caldo, non sempre esatta nelle zone immediatamente circostanti; la sensibilità dolorifica dapprima non esisteva, mentre in seguito i pazienti si lagnavano di intensi dolori, che persistevano e perduravano anche quando si constatava un miglioramento notevole nelle condizioni locali. I riflessi superficiali (cutanei, plantari) e tendinei (achilleo e rotuleo) rimasero per lo più normali. Gli arti ben ovattati erano tenuti leggermente sollevati e si cercava di riattivare la circolazione con mezzi freddi, massaggi con vasellina mentolata; come calmante si ricorreva alla morfina.

Ad evitare il più piccolo contatto delle coperte, che riusciva eccessivamente doloroso, si faceva uso di appositi archetti.

Nei congelati di 2° grado si riscontrava turgore, edema, eritema, flittene, vescicole e bolle di diversa grandezza contenenti liquido sieroso leggermente ematico; talvolta l'unghia ne era interessata e faceva parte della parete di una flittene. Come cura si usavano le medicature alla vasellina borica ed alla ambrina — proposta dal Barthe — previa incisione delle raccolte.

Nelle congelazioni di 3° grado in 37 casi si trattava di cangrena umida: l'epidermide si presentava sollevata od asportata, i tessuti sottostanti si mostravano di aspetto diverso in rapporto al periodo di evoluzione del processo. Nelle forme più gravi — 4 casi — oltre la cute necrosata e distaccata su intere dita, cosparsa di macchie violacce, erano interessati i tendini, i muscoli e le ossa e l'edema si estendeva al disopra dei malleoli: i tessuti messi allo scoperto avevano un colorito violetto-paonazzo. In tre casi invece si è avuta la forma di cangrena secca, sotto forma di mummificazione di tessuti, con zone di colorito violetto, secche, dure, aderenti alle parti circumambienti; talvolta circoscritta alle dita, altra invadente i metatarsi.

Nella cura di queste congelazioni ho seguito il criterio di lasciare che le parti ischemiche cadessero da se ed ho cercato di favorirne la eliminazione con impacchi di ipoclorito e medicature all'ambrina, con i quali, oltre ad aversi il distacco delle parti necrotiche, si stimolava il processo di granulazione e di cicatrizzazione. A queste cure ho cercato di unirne altre con le quali si miglioravano le condizioni circolatorie e si combatteva il dolore. Per gli interventi attivi mi sono attenuto ad una cura aspettante e solo in 4 casi ho dovuto praticare operazioni: in 2 disarticolazioni metatarso-falangee delle cinque dita e resezione del 1° metatarso, in uno delle prime 3 dita e nel 4° disarticolazione delle prime due dita. Per necessità di sgombero non ho potuto seguire i casi di congelamento fino a guarigione: tutti però furono trasferiti in condizioni soddisfacenti.

I fratturati da me trattati sono 260, così divisi:

Fratture chiuse	avambraccio	15
	braccio	20
	gamba	25
	coscia	40
Fratture esposte	avambraccio	16
	braccio	27
	gamba	50
	coscia	65
	bacino	2

Furono praticati in tutti, previa riduzione delle fratture, apparecchi gessati immobilizzanti, semplici, fenestrati ed a ponte. Lo sgombero avvenne senza che si sia verificato alcun incidente.

Le lussazioni curate furono 26:

Scapolo-omerale	18
Gomito	3
Radio-carpiche	2
Ginocchio	2
Tibio-astragaliche	1

Praticata la riduzione, per la quale talvolta fu necessaria la narcosi, si immobilizzarono con bendaggi gessati.

In genere le infezioni gassose, sotto forma di flemmoni o cangrene, si manifestarono poche ore dopo la ferita: talvolta alla prima medicatura si rilevava che la cute non presentava particolari apprezzabili, come edema, arrossamento, palpando però con le mani si avvertiva un crepitio dovuto a bolle gassose.

In altri casi invece — ed erano i più frequenti — la cute tesa appariva lucente, circondata da disseminate, sparse chiazze violacee, da placche nerastre e da larghe flittene; l'infiltrazione gassosa si diffondeva rapidamente nelle vicinanze della ferita, che gemeva pus rosso vinoso misto a gas di odore fetido; i muscoli, gonfi ed aereati, avevano colore di carne lessa.

In alcuni casi — vere forme tossiemiche — gli infermi in preda a viva agitazione, ave-

vano temperature elevate, polso piccolo e frequente, dolori intensi, congiuntive e cute di un colorito sub-itterico.

I flemmoni e le cangrene gassose da me trattati furono 32, in genere come conseguenza di ferite da scheggie di granata, meno frequentemente da pallottola di shrapnell e da palla di fucile.

Oltre le cure generali con cardiocinetici, tonici, eccitanti, si fecero ampie, generose incisioni sbrigliatrici, rimozione di scheggie e di frammenti di stoffa, asportazione di tessuti mortificati aprendo gli interstizi muscolari e associando gli impacchi e i lavaggi di ipoclorito, sotto forma di liquido di Dakin o di Giannettasio (clorosol: soluzione diluita di ipoclorito di soda addizionata di una certa quantità di acido borico) e di instillazioni continue o intermittenti in tutte le anfrattuosità delle ferite stesse, per mezzo di piccoli tubi, muniti di forellini ai lati, attraverso ai quali si faceva penetrare il liquido antisettico.

Nonostante la maggior sorveglianza dei feriti, il più energico e sollecito trattamento, in diversi casi avvenne rapidamente il decesso per estese diffusioni dei flemmoni e delle cangrene e per setticemia.

I feriti a seconda delle regioni sono così divisi:

Capo e collo N. 116		Operati	Morti
	Estrazione di proiettili	52	—
	Incisioni esplorative del cuoio capelluto	36	—
	Craniectomie per ferite craniche	14	2
	Craniectomie per ferite cranio-cerebrali	12	8
	Tracheotomia per asfissia acuta	1	1
	Allacciatura arterio-linguale . .	1	1

Le incisioni esplorative furono eseguite in tutti quei casi nei quali, sia per l'aspetto delle ferite che per la sintomatologia, si poteva sospettare la frattura; il tavolato esterno fu però trovato integro.

Ho praticato in genere il taglio a croce, talvolta a ferro di cavallo, con arrovesciamento dei lembi e fissazione con pinze ai lenzoletti che delimitavano il campo operatorio. Per l'allargamento della breccia ossea mi sono servito della sgorbia o della Luer; solo raramente ho ricorso al trapano con le fraise di Doyen per fare i fori e con la sega di Gigli per sezionare i ponti interossei.

Quando la dura non pulsava ed era di colorito scuro per la presenza di un ematoma la incidevo; per le ricerche di scheggie ossee, affondate nella sostanza cerebrale mi servivo della esplorazione digitale.

Le ferite della sola parete ossea eccezionalmente erano costituite da infrazione del tavolato esterno; in genere si trattava di fratture così dette a stampo, caratterizzate dalla formazione di una scheggia rotondeggiante fatta a spese di ambedue i tavolati ossei; in altri la frattura era avvallata con proiettile incastrato fra le scheggie ossee.

In questi casi l'atto operativo consisteva in sbrigliamenti della ferita cutanea, sollevamento ed asportazione delle scheggie ossee non che del corpo estraneo, zaffo e sutura delle parti molli.

In un ferito rimosse le scheggie ossee ho trovato un vasto ematoma epidurale che comprimeva la dura madre a livello della zona Rolandica. Allargando la breccia ossea per un gemizio persistente potei constatare che il sangue proveniva da lesione del ramo anteriore della meningea media: trafissa la dura con un sottile ago montato in seta sottile legai il ramo leso.

In altri casi, oltre la ferita ossea si aveva lesione delle meningi e del cervello con penetrazione del proiettile in cavità: in due il proiettile aveva trascinato con sè delle scheggie ossee: in uno passò da parte a parte il cranio.

I sintomi generali, nei traumatizzati con versamenti endocranici, consistevano in vertigini, cefalea, disturbi della coscienza e psichici con confusione e allucinazione, alterazione del sensorio, modificazione del polso, respiro e temperatura, vomito e delirio. Sintomi di focolaio si manifestarono con disturbi della motilità (fenomeni di irritazione e paralisi di moto), pupille midriatiche dal lato della lesione e miotiche dal lato opposto.

Fra i cranici si ebbero 10 decessi: in due per meningo-encefalite purulenta diffusa; in 5 per spappolamento e notevole distruzione di sostanza cerebrale; in 3 per estesa frattura da scoppio della volta e della base.

In un ferito alla faccia da scheggia di granata, con foro di ingresso alla guancia destra e foro di uscita alla regione mandibolare sinistra, frattura dei mascellari, estesa lesione della lingua nella porzione destra, fu necessaria l'allacciatura dell'arteria linguale destra nel triangolo ipoglosso-ioideo. Venne a morte dopo alcune ore per la anemia e lo *shock*.

Un altro ferito da proiettile di shrapnell alla regione mandibolare sinistra, frattura comminuta della mandibola, ferite del pavimento della bocca e vasto ematoma circondante il collo, fu da me operato di tracheotomia; il paziente morì due ore dopo l'intervento per collasso.

Torace e dorso N. 134		Operati	Morti
	Estrazione di proiettili	64	—
	Incisioni per ferite di parti molli processi suppurativi, flemmoni gassosi	48	3
	Incisioni esplorative ed evacuative.	18	—
	Toracotomie per emopiotorace . .	4	1

Numerosi furono gli interventi che dovetti praticare per estrazione di proiettili, per scheggie di granata e per processi suppurativi concomitanti, che richiesero talora larghi sbrigliamenti in modo da mettere allo scoperto gran parte del loro tragitto.

Le ferite penetranti del torace in complesso furono 56 (18 da pallottola di fucile, 2 da pallottola esplosiva, 27 da scheggie di granata, 3 da bomba a mano, 2 da pallette di shrapnell, 3 da scheggia di bombarda, 1 da punta e da taglio). In 32 trattavasi di ferite transfosse, in 24 a fondo cieco, di queste in 16 il proiettile era situato sotto cute o fra i muscoli, in 8 si aveva ritenzione.

In quasi tutte le ferite penetranti del torace si ebbe enfisema sottocutaneo, di maggiore o minore estensione, emotorace in genere cospicuo, emoptoe, pneumotorace meno frequentemente. Sei casi furono complicati da broncopolmonite e 4 da empiema.

Il trattamento usato fu il seguente: assoluta immobilità del paziente, vescica di ghiaccio sul torace, eccitanti se depresso, morfina al contrario, iniezioni di ergotina, gelatina, stipticina, disinfezione e protezione della ferita con medicazione asettica occlusiva; immobilizzazione del torace con larghe striscie di cerotto adesivo embricate l'una sulle altre, nei casi complicati a fratture di coste.

In 24 fu necessario di praticare punture esplorative ed evacuatrici; in 4 toracotomie per empiema (resezione di costa nel punto più declive, drenaggio). Fra le ferite penetranti del torace non operate si ebbero 10 decessi, avvenuti: 1 per anemia acuta subito dopo l'accoglimento nell'ospedale, 2 per concomitante lesione del midollo spinale, 7 per polmonite e broncopolmonite.

Fra gli operati morirono 4: uno per infezione purulenta della cavità pleurica e broncopolmonite instituitasi nel polmone dell'altro lato; 3 per setticemia generalizzata.

Arto superiore N. 151		Operati	Morti
	Estrazione di proiettili	46	—
	Incisione per ferite di parti molli	39	†
	Disarticolazione e regolarizzazione di dita	29	—
	Amputazione di avambraccio . .	15	—
	Id. di braccio	17	1
	Allacciatura dell'omerale . . .	2	—
	Id. della radiale . . .	3	—

Per l'estrazione dei proiettili di questa regione come delle altre mi fu di prezioso aiuto il reperto radiologico. In tutti i casi sono intervenuto precocemente evitando così complicazioni settiche.

Nelle ferite delle parti molli ho praticato larghi sbrigliamenti, associati ad impacchi di ipoclorito.

Nelle disarticolazioni e regolarizzazioni di dita mi sono servito in genere del metodo a racchetta con sutura parziale.

Le amputazioni dell'arto superiore in numero di 32 furono eseguite per fratture comminute con asportazione notevole di parti molli, per cui la nutrizione era notevolmente compromessa, col metodo circolare a moncone completamente aperto.

Si ebbe il decesso in seconda giornata in un ferito nel quale l'amputazione di braccio fu eseguita per cangrena consecutiva a lesione vasale e che giunse all'ospedale in stato di anemia acuta e di shock dalle quali non si riebbe nonostante le cure che il caso richiedeva.

Nel complesso ho dovuto praticare 5 allacciature, 2 dell'omerale alla piega del gomito e 3 della radiale, senza nessun disturbo funzionale.

Addome N. 75		Operati	Morti
	Estrazione di proiettili	42	—
	Incisioni esplorative delle pareti	24	—
	Laparotomie per ferite penetranti semplici	2	—
	Laparotomie per ferite del tubo gastro-enterico	5	3
	Laparotomie per ferite di stomaco e organi parenchimatosi . . .	1	1
	Laparotomie per ferite della vescica	1	—

In 24 casi nel sospetto che potessero essere penetranti, pure non avendosi sintomi cavitari, ho praticato degli sbrigliamenti ed ho potuto constatare che il peritoneo era integro.

Le ferite penetranti semplici dell'addome furono due: l'atto operativo non fece rilevare lesioni di organi, nè emorragie, e gli infermi guarirono senza complicazione.

Nei veri addominali la diagnosi era facilitata dalla sede della ferita, dalla contrattura delle pareti, dalla respirazione toracica, da dolori spontanei o provocati diffusi a tutta la parete addominale, polso frequente, vomito, spesso ritenzione di urina e assenza di emissione di gas dal retto.

I laparotomizzati per ferite del tubo gastroenterico furono 5: in 2 si avevano piccole per-

forazioni a spese dell'intestino tenue, per cui in uno fu possibile suturarle, nell'altro invece fu necessario resecare un tratto di 20 cm. (nel quale vi erano 3 perforazioni) con sutura termino-terminale, e si ebbe esito lusinghiero.

In un altro, pure seguito da guarigione, aperto il peritoneo si riscontrò ferita della vescica: dopo avere prosciugato la cavità addominale fissai la vescica al piano muscolare e lasciai il catetere a permanenza.

Nei 4 morti, in tre si avevano ferite dello stomaco e del colon multiple, con emorragie abbondanti, spandimento di contenuto intestinale nel cavo addominale e di gas fetidi; nel 4° con ferita da scoppio del fegato — tre ampie breccie ne interesavano l'organo a tutto spessore — si trovò l'addome ripieno di grumi, e la morte avvenne per anemia acuta.

Il reperto necroscopico rilevò che in tutti i deceduti la morte si ebbe per il numero e la ampiezza delle perforazioni, per lo spandimento delle feci, fattori che determinarono lo insorgere della peritonite, in alcuni dei quali era già in atto quando furono operati.

L'incisione delle pareti variò: in alcuni casi mediana o para-mediana, in altri si ampliò la ferita esistente; le anse lese erano tirate all'esterno e fatte scorrere per un certo tratto, il cavo addominale protetto da compresse calde; la sutura delle pareti in triplice strato.

Agli operati, in posizione semiseduta alla Fowler, venivano praticate ipodermoclisi e proctoclisi.

		Operati	Morti
Bacino, organi genitali N. 53	Estrazione di proiettili	27	1
	Incisione, disinfezione per ferite di parti molli	25	2
	Orchiectomie per ferite del testicolo	1	—

In un ferito la scheggia di granata penetrando attraverso la cresta iliaca destra, si fermò nella fossa iliaca dello stesso lato. Con la radiografia si potè constatare la presenza di un corpo estraneo in vicinanza dei vasi iliaci. All'atto operativo, addossata all'arteria iliaca esterna destra si trovò una scheggia della grandezza di una moneta da dieci centesimi, che fu estratta.

L'infermo morì 5 giorni dopo per complicanze polmonari.

Due feriti con ampi squarci prodotti da scheggie di granata, con asportazione di parti molli, per cui dovetti praticare molteplici incisioni, soccombettero per setticemia generalizzata.

In un ferito della regione scrotale sinistra, con distruzione degli involucri e lussazione del testicolo, ho dovuto praticare l'orchiectomia, presentandosi esso gravemente leso.

		Operati	Morti
Arti inferiori N. 71	Estrazione dei proiettili	14	—
	Incisione, disinfezione di ferite di parti molli	15	3
	Disarticolazione e regolarizzazione di dita	14	—
	Amputazione di gamba	10	—
	Id. di coscia	12	2
	Artrotomie	6	—

Le ferite degli arti inferiori in genere interessavano le parti molli con ampi squarci da scheggie di granata, pallette di shrapnell, bombe a mano, e determinarono con frequenza vaste suppurazioni.

In due casi di ferita alla coscia con asportazione di parti molli, si ebbe il decesso per rapidissimo sviluppo di flemmone gassoso, ribelle ai più generosi sbrigliamenti ed alle cure più energiche; in un terzo il flemmone gassoso era in atto all'ingresso del ferito allo ospedale e le condizioni talmente gravi non consentirono neppure di tentare la demolizione dell'arto.

Le regolarizzazioni e disarticolazioni di dita si praticarono per gravi lesioni delle parti molli e delle ossa.

Le demolizioni degli arti inferiori in complesso furono 22 (10 di gambe, 12 di coscia) e si dovettero eseguire per asportazione di segmenti di arti, fratture comminute con estese perdite di tessuti molli non compatibili colla conservazione degli arti, complicate talvolta con lesioni articolari, vasali e processi settici che minacciavano la vita degli infermi.

In due casi con lesione del fascio vascolonervoso al cavo popliteo si tentò dapprima la allacciatura, alla quale seguì rapida cangrena, per cui fu necessario ricorrere all'amputazione. Il metodo operativo è stato il seguente: taglio circolare — la così detta amputazione anatomica — con moncone aperto e zaffo con garza all'jodoformio. Dopo alcuni giorni si avvicinavano le parti molli.

In secondo tempo, per la retrazione delle parti molli, talvolta sono dovuto intervenire sul moncone.

Fra gli amputati degli arti inferiori ho avuto 3 decessi per anemia acuta e *shock*: un ferito, oltre le lesioni per cui si dovette asportare la coscia, aveva vastissimi squarci al dorso ed all'ascella interessanti il fascio vascolonervoso.

In sei ferite del ginocchio complicate da ar-

trite purulenta dovetti praticare l'artrotomia, ottenendo in tutti esito favorevole, ed i pazienti poterono essere sgombrati in buone condizioni.

La ritirata del 1918 non mi ha consentito di conservare le cartelle cliniche, le radiografie e le fotografie, con le quali avrei potuto illustrare più dettagliatamente il lavoro da me svolto; tuttavia non credo inutile avere riassunto in queste note il contributo chirurgico che ho avuto campo di svolgere su un materiale vasto e vario con risultati operatori soddisfacenti e con una esigua mortalità.

Cagliari, dicembre 1919.

COMMENTI.

Effetti dell'argirina sulla mucosa uretrale.

Il prof. Piccardi, nel fascicolo 38 del *Policlinico*, commenta una mia comunicazione sugli « effetti dell'argirina sulla mucosa uretrale » fatta all'Accademia dei Fisiocritici il 26 marzo 1920 e riassunta molto brevemente nel resoconto dell'adunanza.

Non avendo Egli creduto opportuno di attendere la pubblicazione degli *Atti* dell'Accademia, dove sarà inserito il lavoro completo, dal quale avrebbe avuto gli elementi esatti di giudizio (numero degli esperimenti, tecnica, reperto istologico, riproduzione di preparati, ecc.) mi pare che ricorra ad un metodo poco sicuro di critica basandosi su dati ed ipotesi erronee.

Debbo pertanto rettificare subito, che:

1° le mie ricerche non si limitarono ad un solo esperimento, ma che furono fatte un numero sufficiente di prove;

2° le iniezioni si praticarono, come è riportato dettagliatamente nel lavoro, con una tecnica scrupolosa onde escludere in modo assoluto che le alterazioni riscontrate potessero essere attribuite ad altre cause.

Se poi dal commento del Piccardi si potrebbe dedurre che le mie ricerche sperimentali si trovino in contrasto con i dati forniti dalla esperienza clinica sull'uretra umana, ciò dipende, a mio avviso, dal fatto che Egli cita solamente i suoi casi, trascurando quelli degli altri ricercatori (Fiocco, De Napoli, Locatelli), i quali hanno concluso che l'argirina — oltre ad essere meno efficace di altri proteinati — riesce piuttosto irritante (Fiocco), dà reazioni violente e riaccensione del processo blenorragico (De Napoli), provoca tenesmo vescicale, prostatite, cistite (Locatelli).

(Cfr. *Giorn. ital. malattie veneree e della pelle*, 1920, fasc. 3°, pag. 214).

Maggiore medico F. FASANI-VOLARELLI.
aiuto onorario nella Clinica Dermosifilopatica di Siena.

LEZIONI.

Sulla bronchiectasia.

(A. J. JEX BLAKE. *British med. Journ.*, 1° maggio 1920).

La bronchiectasia, salvo in rari casi congeniti, non è una malattia primaria del polmone, ma bensì secondaria ad altri processi, come tubercolosi polmonare, bronchite, pneumonite, ostruzione bronchiale. Essa consiste nella dilatazione dei bronchi grandi e piccoli: quando la dilatazione è limitata ai piccoli bronchi prende il nome di bronchiolectasia, la quale, al contrario della bronchiectasia, che è d'indole cronica, si verifica acutamente, nelle broncopolmoniti infantili ed in quelle influenzali.

Frequenza. — Su 29,700 pazienti, ammessi in 20 anni all'ospedale di Brompton, figurano 567 diagnosi cliniche di bronchiectasia: questa proporzione di 1.9 % è ben lungi dal rispondere alla realtà, poichè spesso si trova al tavolo anatomico una bronchiectasia non sospettata in vita; si può ammettere che, in complesso, tale condizione patologica si verifichi nel 5 % della totalità dei casi. È più frequente nell'uomo che nella donna; la frequenza cresce con l'avanzare dell'età.

Dal punto di vista *anatomo-patologico* occorre ricordare che la dilatazione può essere uniforme, cilindrica, oppure irregolare, sacciforme; sono spesso presenti ambedue le condizioni, insieme con il collasso e la fibrosi del tessuto polmonare circostante; speciale attenzione va rivolta alle dense aderenze pleurali nelle aree affette. I bronchi dilatati contengono abbondante secrezione settica, di solito puzzolente e ad alto potere triptico, ciò che spiega l'alto potere dissolvente sulle pareti bronchiali.

Per quanto riguarda la distribuzione, l'A. ha osservato che su 108 casi la lesione era bilaterale in 47 ed unilaterale in 61 (29 a destra, 32 a sinistra); in 18 pazienti erano presi tutti e cinque i lobi del polmone, negli altri vi era tendenza all'invasione dei lobi inferiori.

La secrezione delle bronchiectasie può venire aspirata e determinare una polmonite o broncopolmonite locale da aspirazione: tale proprocesso, può portare alla gangrena polmonare.

Sui 105 casi dell'A., la causa prima della bronchiectasia è stata in 41 la bronchite cronica, in 27 la pleurite o pneumonite: negli altri casi si trattava di ostruzione bronchiale da neoplasie (27), da corpi estranei (6), da aneurisma aortico (3), da stenosi sifilitica (1).

Nella patogenesi intervengono due fattori principali, cioè: *a*) il rammollimento e la disorganizzazione della parete bronchiale per infezione virulenta acuta o cronica; *b*) la dilata-

zione dei bronchi, così indeboliti, sia per pressione dall'interno (accumulo di secrezioni, tosse frequente, con aumento di pressione), sia per trazione dall'esterno (inspirazione forzata, aderenze pleurali, collasso e fibrosi polmonare).

Sintomatologia. — La bronchiectasia si sviluppa in individui già sofferenti per malattie broncopolmonari: nei primi stadî essi notano un aumento nella quantità dello sputo, che si fa puzzolente e disgustoso; a malattia conclamata il paziente è cachettico, con febbre irregolare, sudori, tutti i segni di un prolungato assorbimento settico. Egli ha violenti accessi di tosse, specialmente nel cambiare di posizione, ed emette talvolta notevoli quantità di sputo (anche 300 cmc. per volta, fino a quasi 2 litri nelle 24 ore). Lo sputo ha spesso odore di formaggio, e messo in un bicchiere si divide in tre strati; l'odore ributtante è dovuto ad acido butirrico, caproico ed altri acidi della serie grassa.

Spesso (90 %) si verifica l'emottisi, talora anche copiosa; nei 105 casi dell'A. è stata 5 volte causa di morte.

I segni fisici sono, al principio, quelli della bronchite cronica (nei casi bilaterali) o della tubercolosi (nei casi unilaterali)..

In seguito variano con la quantità di sputo, contenuta nei bronchi, al momento dell'esame: se le cavità sono piene, si ha diminuzione del fremito vocale, della risonanza alla percussione; i rumori respiratori sono lontani ed accompagnati da pochi rumori accidentali. Se invece le cavità sono vuote, si ha sonorità alla percussione, aumento del fremito vocale tattile, ed all'ascoltazione una notevole varietà di rumori metallici umidi. Anche in tal caso i segni fisici rassomigliano a quelli della tubercolosi.

Si nota spesso che le punte delle dita della mano (ed anche del piede) sono a clava: talora si ha anche ingrossamento della punta del naso.

Come *complicazioni* sono frequenti, oltre l'ascesso endocranico (15 su 108), la broncopolmonite, l'empiema, la gangrena e l'ascesso del polmone, la tubercolosi.

Il decorso e la durata variano secondo la gravità dell'infezione batterica nei bronchi dilatati. Le cause della morte sono la broncopolmonite, l'esaurimento, l'asfissia, l'ascesso endocranico, l'emottisi, ecc.

Diagnosi. — È agevole nei casi che durano da tempo, con espettorazione copiosa, puzzolente, emottisi, febbre, dimagrimento, segni di caverne e fibrosi alle basi polmonari. Più difficile è invece nei casi iniziali, in cui non si distingue dalla bronchite cronica, o, quando si verifica all'apice, simula la tubercolosi; questa può poi essere una complicazione della bronchiectasia.

Difficile è la diagnosi anche nei casi di ostruzione bronchiale da aneurisma o neoplasia: in qualche caso non si ha affatto bronchiectasia, in qualche altro vi è solo scarsa espettorazione non fetida. In simili contingenze si avrà notevole aiuto dai raggi X.

Trattamento. — Si consiglierà al paziente di tossire con la testa in avanti, in modo da facilitare lo svuotamento delle cavità bronchiectasiche. Come medicamento è largamente usato il creosoto, che può essere somministrato in tre modi: *a*) per bocca, in capsule, via d'introduzione sconsigliabile; *b*) per iniezioni endotracheali (anche il timolo od il mentolo) disciolto in 5-10 parti d'olio d'oliva sterilizzato, dopo cocainizzazione della faringe e laringe; *c*) per inalazione, mescolato con olio di eucalipto ed olio di pino silvestre (a parti uguali). È opportuno che il paziente stia in una cameretta piena di vapori di creosoto, con gli occhi protetti da occhiali; ivi viene preso da violenti accessi di tosse che lo aiutano a svuotare i bronchi. Tale metodo, almeno come palliativo, è abbastanza efficace.

Sono state anche consigliate le inalazioni di soluzione di cloramina T al 2 %.

Il trattamento chirurgico consiste nell'asportazione di lunghi pezzi di diverse coste sul polmone bronchiectasico, allo scopo di obliterare le cavità per mezzo di fibrosi e di collasso. L'operazione è stata praticata specialmente in Scandinavia, sotto anestesia locale; è applicabile solo nelle forme unilaterali, specialmente del lobo inferiore, non dovute a neoplasie o ad aneurisma. L'A. ne ha osservato 2 casi, l'uno disgraziato, l'altro invece che potè ritornare al lavoro e che ebbe notevolmente ridotta l'espettorazione.

FILIPPINI.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

La diagnosi differenziale delle varie forme di cefalea persistente.

(K. CLARKE. *The Practitioner*, 1919, n. 5).

La cefalea cronica costituisce uno dei sintomi precoci di molte affezioni più o meno gravi. Il mal di capo è fra i disturbi di cui più comunemente e frequentemente si lamentano gli uomini, tanto che i medici sono abituati a non dare ad essa alcuna importanza fino a quando la sua persistenza li spinga a ricercarne la causa.

Non è dubbio che le cause più frequenti di cefalea persistente sono di origine tossica o infettiva.

Le forme discrasiche, come la cefalea della clorosi e di tutte le altre forme di anemia più o meno gravi, la cefalea diabetica e quella uricemica, sono verisimilmente di origine tossica.

Ma la cefalea tossica più frequente è certamente quella dipendente da assorbimento di veleni dal tratto gastro-intestinale.

Altre forme di origine tossica sono quelle alcooliche e saturnine.

Un tipo molto interessante di cefalea infettiva è quello sifilitico, che compare nel secondo periodo, talvolta anche prima della manifestazione del sifiloderma. Il dolore nei casi gravi è molto forte, si estende dall'occipite al vertice, è accompagnato da fasi di grande depressione e da insonnia. Nei periodi più avanzati della malattia la cefalea è meno grave, si manifesta per lo più la sera e talvolta scoppia nel sonno.

La cefalea dovuta ad arteriosclerosi è di facile riconoscimento; bisogna sempre pensare a tale affezione arteriosa quando il mal di capo affligge persistentemente individui tra i cinquanta ed i sessanta anni di età. La cefalea raramente è grave, ma è costante e si aggrava negli ambienti chiusi e molto frequentati. La diagnosi, in assenza di altre probabili cause efficienti, è confermata dall'esame del polso e dalla pressione sanguigna, nonchè dalla presenza di alterazioni delle arterie visibili, dalla ipertrofia cardiaca ed eventualmente dalla esistenza di traccie di albumina. Del resto le condizioni generali dei sofferenti di arteriosclerosi sono più o meno caratteristiche: la loro mentalità è deteriorata, la loro memoria è incerta, il loro contegno ha perduto di vivacità. Per lo più insieme alla cefalea essi accusano ronzii alle orecchie e accessi vertiginosi.

Una delle forme di cefalea persistente più frequente, è quella di natura neurastenica. La diagnosi di questa forma forse non è difficile. Tuttavia qualche difficoltà talora si incontra in rapporto al fatto che insieme alla cefalea coesistano piccole lesioni organiche alle quali si ha tendenza ad attribuire il mal di capo. In effetti le cose stanno in questi termini: che lievi affezioni che in individui normali non darebbero alcun disturbo, nei soggetti neurastenici riescono particolarmente moleste e possono provocare la cefalea. Così i vizi di refrazione, le lievi ipertrofie dei turbinati, le leggere deviazioni del setto diventano cause riflesse di cefalee gravi quando ne sono affetti individui neurastenici.

Per quel che riguarda la cefalea che colpisce individui affetti da neurastenia e da stasi intestinale cronica riesce più difficile attribuire all'una o all'altra affezione il mal di capo, essendo risaputo che la neurastenia può essere secondaria al disturbo intestinale. Comunque in molti casi la cefalea scompare con il miglioramento delle condizioni dell'apparato digerente.

Il neurastenico più che un vero dolore avverte una sensazione di pressione, una sensazione di pienezza e di peso localizzata al vertice. Spesso si trova che pizzicando il cuoio capelluto e tirando i capelli anche leggermente si provoca dolore. Il dolore neurastenico però non segue il corso dei nervi cranici, nè è accompagnato da disturbi vaso-motori, nè da modificazioni della pressione vasale.

Solo in rari casi, e più specialmente quando è accompagnata da disturbi gastro-intestinali, la cefalea neurastenica assume il tipo emicranico.

L'emicrania ha un quadro clinico affatto caratteristico. La ereditarietà dell'affezione, la periodicità degli attacchi, i prodromi, l'ippus, i fenomeni visivi sono dati che rendono facile la diagnosi. Anche la nausea ed il vomito sono sintomi molto frequenti, se non costanti, dell'emicrania, ma non sono caratteristici potendo essere presenti in altre forme di cefalea e sopra tutte in quelle da tumore cerebrale. Tuttavia bisogna rilevare che in quest'ultimo caso la nausea ed il vomito non hanno rapporto con lo stato di pienezza dello stomaco, mentre nell'emicrania tale rapporto esiste, anzi lo svuotamento dello stomaco oltre a far scomparire la nausea ed il vomito provoca anche un miglioramento della cefalea.

La cefalea da affezioni intracraniche (tumori, ascessi, meningiti) è gravativa, intensa e dà

la sensazione che il cranio debba spaccarsi. Il dolore di solito colpisce tutta la testa, non può essere localizzato alla fronte, dietro agli occhi ed anche all'occipite quando il tumore è situato nella fossa posteriore. Se il tumore o l'ascesso è localizzato alla dura madre o alle ossa c'è anche dolore alla percussione ed alla pressione profonda, e ciò a differenza di quanto avviene nelle forme neurasteniche. Però nei processi sifilitici e tubercolari la percussione riesce dolorosa anche se la lesione è situata profondamente. Comunque la tipicità del vomito cerebrale, la grande intensità del dolore, i dolori oculari, ed in qualche caso anche l'abbassamento della temperatura agevolano la diagnosi.

La cefalea è di solito anche uno dei sintomi precoci della meningite tubercolare e della meningite cerebro-spinale. Quando esistono altri segni di lesione meningea la diagnosi in questi casi non può essere confermata che dall'esame del liquido cefalo-rachidiano.

A parte l'aggravamento dipendente dallo stato neurastenico la cefalea può essere direttamente causata da vizi di refrazione, difetti nasali, carie dentarie.

La cefalea da vizi di refrazione dipende verisimilmente dallo sforzo di accomodazione.

La cefalea di origine nasale, per lo più frontale, oltre che di natura riflessa può essere il prodotto della diffusione di processi morbosi ai seni frontali.

Una causa molto comune di cefalea è data dall'uso di colletti e di cappelli stretti: si ha così una congestione dei vasi cerebrali, dando più che un vero dolore, un senso di pienezza.

La terapia della cefalea persistente consiste essenzialmente nella rimozione della causa. L'uso degli analgesici, che procurano un benessere momentaneo, non è consigliabile se non quando la cefalea assume una intensità intollerabile. L'abuso di tali medicamenti conduce di solito all'assuefazione, ed in ogni caso danneggia l'attività cardiaca. Da ciò emerge la necessità di un'esatta diagnosi causale.

La cefalea sifilitica si curerà con la somministrazione di mercurio, di arsenobenzoli e di ioduri, questi ultimi a **dosi molte** generose. È stato consigliato come rimedio di urgenza il veronal (25-30 cgr.). Nei casi gravi e resistenti ad altre cure giova ricorrere alla puntura lombare per abbassare la tensione del liquor.

La cefalea da arteriosclerosi migliora con la somministrazione di ioduri e di miscele iodo-bromiche, ma risente maggiormente gli effetti della vita all'aria aperta, della sobrietà, del miglioramento delle condizioni intestinali.

La cefalea neurastenica oltre che dalla cure dirette a migliorare lo stato nervoso, le condizioni intestinali ed eventualmente a correggere i difetti oculari, naso-faringei e dentari che l'aggravano si giova della somministrazione di valerianato di zinco e ferro, e sopratutto di tintura di valeriana. Talvolta sono vantaggiose le cure miste di eccitanti e deprimenti insieme (stricnina e bromuri).

Le altre forme di cefalea non possono essere curate che con il trattamento dei processi che le determinano.

dr.

CHIRURGIA.

Le stenosi duodenali nella pancreatite.

(A. NAVARRO. *Anales de la Facultad de Medicine*, Montevideo, 1920, n. 3 e 4).

Le affezioni benigne del pancreas possono provocare due categorie di disturbi gastrici, quelli dovuti alla soppressione o diminuita azione del succo pancreatico e quelli che provengono dall'azione diretta del pancreas alterato sull'evacuazione gastrica.

In due modi può essere in tali casi turbata l'evacuazione del piloro, sia determinando la contrazione intermittente dello sfintere (pilorospasmo), sia per la compressione del duodeno (sindrome pilorica da ectasia, cioè dolore con vomito tardivo, dilatazione gastrica).

Il presente lavoro si occupa solo di quest'ultima forma.

Scarsi sono i casi pubblicati di sindromi piloriche da pancreatite primitiva: evidentemente non entrano in tale categoria le infiammazioni pancreatiche consecutive ad ulcera, chè, in tal caso, è a quest'ultima che si deve la stenosi, mentre la pancreatite non è altro che una complicazione.

L'A. riferisce la storia di un infermo trentaquattrenne, che soffriva da parecchi anni di pirosi gastrica, sensazione di pienezza, pituità mattutina, lingua saburrale, anoressia, senza modificazioni delle feci. Comparvero poi vomiti alimentari tardivi (anche 24 ore dopo il pasto) dapprima intermittenti, poi continui; nè ematemesi, nè melena. Stomaco dilatato: presenza di un tumore nella regione pilorica, grosso quanto un mandarino, irregolare, un poco dolente, non modificato dalla tensione dello stomaco. Mancava l'itterizia.

L'infermo venne portato al tavolo operatorio con diagnosi di ulcera o carcinoma gastrico. Si trovò invece un tumore retroperitoneale più grande di quanto faceva supporre l'esame clinico, dovuto ad una pancreatite ipertrofica della testa del pancreas. Nessuna

infiltrazione delle pareti dello stomaco e del duodeno. Essendo impossibile l'enucleazione, venne praticata la gastroenterostomia posteriore. Sequele operatorie con peritonismo. Il tumore scomparve gradatamente entro due mesi, nè se ne riscontrò alcuna traccia dopo 21 anno.

Il caso è interessante per diverse considerazioni: trattasi anzitutto della prima osservazione di pancreatite con sindrome pilorica, operata di gastroenterostomia. L'esattezza della diagnosi, fatta all'atto operativo, è stata poi confermata, tenuto conto del lungo tempo, in cui tale ammalato è stato in osservazione: grande è l'importanza dell'elemento — *tempo* — nella diagnosi differenziale fra pancreatite e tumore maligno.

L'A. cita a conforto di tale affermazione un suo caso operato per sindrome di completa ritenzione biliare, in cui, all'atto operativo, la diagnosi di cancro non offriva alcun dubbio. Praticata la colecisto-gastrostomia, l'itterizia scomparve gradatamente e l'infermo crebbe di 14 kg., non presentò glicosuria, tanto che un anno e mezzo dopo l'operazione, l'A. ebbe a dubitare della sua diagnosi. Dopo 18 mesi però comparvero frequenti coliche epatiche: ad un nuovo atto operativo, si riscontrò che il carcinoma aveva invaso tutto il pancreas, comprendendo il coledoco e la cistifellia, ma permettendo l'evacuazione della bile ed un buono stato generale.

Un altro punto importante nel primo infermo è la sindrome di peritonismo presentata, dopo l'operazione, che fece temere di un'infezione, e che può attribuirsi alla distensione gastro-intestinale, che succede talvolta ai traumatismi operatori nella regione del plesso solare.

Di notevole significato diagnostico è poi il fatto osservato dall'A. che, esercitando una pressione lenta sulla regione pancreatica, si notava una diminuzione nel numero delle pulsazioni (8-10 per minuto), mentre il polso si faceva meno ampio. Questo fenomeno è attribuito ad alterazioni dei rami del plesso solare e, quando si osserva, deve spingere ad un'osservazione attenta del pancreas.

L'A. passa poi in rivista la letteratura dei casi di sindrome pilorica di origine pancreatica, fra cui uno dovuto a traumatismo; una sola volta si pensò al pancreas, ciò che del resto si comprende, poichè, in presenza di una sindrome pilorica, è più importante agire che sottilizzare nella diagnosi della causa.

Per quanto riguarda il quadro clinico, si osserva che nella maggior parte non venne notato aumento sensibile nell'organo rilevabile con la esplorazione esterna: una sola volta venne osservata ematemesi, di origine congestizia, come ebbe a dimostrare l'autopsia. L'evoluzione è in generale cronica, salvo in tre casi, l'uno di un neonato, un altro di pancreatite traumatica, un terzo di pancreatite suppurata.

Il meccanismo per il quale si ha la sindrome pilorica è in generale la compressione del duodeno, con lesione evidente, salvo in due casi, in cui si tratta solo di disturbi riflessi.

Mentre poi la pancreatite è frequentemente associata alla litiasi biliare, nelle forme che provocano la sindrome pilorica, le vie biliari sono assolutamente integre; fa eccezione alla regola un solo caso di Delagenière, in cui vi era ritenzione biliare e ritenzione gastrica. Ciò del resto può trovare la sua spiegazione per mezzo della embriologia. Vi sono in realtà due pancreas, l'uno posteriore, che nasce direttamente dal duodeno (pancreas dorsale col dotto del Santorini), l'altro anteriore (pancreas ventrale, con il dotto di Wirsung), che ha origine comune con il coledoco. Ora mentre il pancreas dorsale ha relazione diretta, soltanto con l'intestino, quello ventrale, che è un'emanazione del coledoco, ha relazione con le vie biliari. Ne viene che questo ha sempre sintomatologia biliare e non comprime il duodeno, mentre quello dorsale può comprimere il duodeno e determinare la sindrome pilorica.

Per quanto riguarda la terapia, evidentemente soltanto chirurgica, non si toccheranno le vie biliari, salvo il caso eccezionale in cui esse siano compromesse; non si procederà, in linea generale, alla resezione del corpo del pancreas, come è stato fatto da taluno, sia perchè è operazione grave e non necessaria, sia per il pericolo che presenta la soppressione di un organo tanto importante.

È invece indicata la gastroenterostomia, la quale nella maggior parte dei casi è sufficiente. Talvolta però nei pazienti permangono disturbi digestivi, per i quali è stato consigliato di attivare la scomparsa della pancreatite mediante un'azione diretta sul pancreas, come il drenaggio diretto del canale di Wirsung, la dilacerazione del plesso solare, la resezione dei gangli semilunari.

Risultati soddisfacenti potranno ottenersi con lo scollamento duodeno-pancreatico, seguito o non dal drenaggio posteriore.

fil.

IGIENE SOCIALE.

La sistemazione dell'Oriente e la profilassi internazionale delle malattie infettive epidemiche.

Mentre statisti e diplomatici ricercano faticosamente la soluzione della intricata questione orientale, gli igienisti debbono seguire con vigile cura i dibattiti onde conoscere quale sorte sarà riservata ad una istituzione che fino dalla prima metà del secolo scorso era stata creata per concorde volontà delle nazioni sulle rive del Bosforo a difesa dell'Europa minacciata dalle epidemie. Il Consiglio Sanitario Internazionale di Costantinopoli, che conta ormai quasi ottant'anni di esistenza, era composto di delegati di tutte le potenze che hanno interessi in Oriente, ed aveva creata una speciale amministrazione per provvedere al servizio di sanità in tutti i porti del vastissimo impero ed alla vigilanza delle sue frontiere terrestri verso la Russia e la Persia. Tutte le vie, che l'esperienza secolare ha dimostrato essere seguite dalle infezioni esotiche nelle loro periodiche espansioni dai focolai di origine verso il bacino del Mediterraneo, erano in tal modo vigilate efficacemente. Per accordi intervenuti tra i varii governi rappresentati nel Consiglio, l'amministrazione suddetta possedeva risorse finanziarie proprie e percepiva tasse speciali dalla navigazione che assicuravano ad essa i mezzi necessari. Il personale tecnico era reclutato con concorsi internazionali in modo da offrire garanzia di competenza e valore. Non è possibile ricordare qui tutte le benemerenze del Consiglio internazionale: basti rammentare i focolai epidemici spesse volte accesisi fra i pellegrini musulmani dell'Hegiaz e domati ed estinti rapidamente nei lazzaretti del Mar Rosso, e le terribili infezioni manifestatesi nelle carovane migratorie provenienti dalla Persia e dal Caucaso combattute e vinte prima che potessero assumere proporzioni minacciose. L'avvento al potere dei giovani turchi ebbe una triste influenza anche sulla amministrazione sanitaria internazionale. Per scopi palesi od occulti i delegati di tutte le nazioni cedettero a poco a poco ai turchi quasi tutte le loro prerogative rinunziando alla influenza preponderante che esercitavano nell'alto consesso. Non tardarono a manifestarsi gli effetti del nuovo indirizzo: il servizio andò gradatamente peggiorando, i migliori elementi vennero allontanati od esclusi dai posti direttivi.

Intanto sopravvenne la guerra libica seguita da quella balcanica ed il Consiglio continuò a funzionare con scarsa autorità fino all'inizio della grande conflagrazione europea. Concluso l'armistizio ed occupato Costantinopoli, gli alti commissari delle potenze alleate giustamente si preoccuparono anche della questione sanitaria. La grande metropoli, invasa da profughi di Russia, d'Anatolia e di Tracia, ha visto all'improvviso accrescersi notevolmente la sua popolazione che già oltrepassava il milione di abitanti. Le sue condizioni igieniche sono oltre ogni dire primitive: acque potabili sospette e facilmente inquinabili; fognatura incompleta, abitazioni insufficienti e malsane, servizio di nettezza urbana scarso ed inadeguato, vigilanza igienico-sanitaria appena abbozzata. Un ambiente quindi favorevolissimo ad ogni sorpresa epidemica, e posto all'incrocio delle vie che ci mettono in rapida comunicazione con vastissime regioni sulle cui condizioni sanitarie non abbiamo che notizie incomplete oscure e poco rassicuranti. Fu quindi creata una commissione medica militare interalleata che servendosi di sanitari delle diverse nazioni, ed invigilando direttamente sul servizio ottomano, cerca di provvedere alla profilassi interna ed al servizio di sanità marittima e portuale. Non è qui il luogo di segnalare le deficienze di tale organizzazione provvisoria, che presenta tutti i difetti delle improvvisazioni militari fatte per di più con personale eterogeneo e non bene affiatato. Nella commissione l'Italia è rappresentata da un medico della Regia Marina specialista di malattie cutanee e veneree. Non è possibile che le cose continuino così a pace conclusa: il pericolo è evidente e forse non lontano. La sistemazione razionale della difesa profilattica in un centro di così vitale importanza si impone ed è indilazionabile. Il Consiglio Internazionale di Sanità dovrà riprendere l'opera interrotta estendendo e completando la sua azione che deve aver per fine la riorganizzazione di tutti i servizi sanitari nella zona che rimarrà sotto il controllo degli alleati ed in tutti i territori che saranno assegnati alla Turchia. L'antica Amministrazione sanitaria, che ha un passato degno di considerazione e di elogio, opportunamente riorganizzata e diretta potrà divenire il nucleo della nuova sanità civile. A tale opera di pace e di previdenza sociale l'Italia dovrà concorrere in modo precipuo, rinsaldando sempre più quei vincoli di stima e di simpatia che, malgrado i recenti conflitti e l'indirizzo spesse volte errato della nostra politica, connazionali egregi con la rettitudine delle loro opere e con indefesso lavoro hanno saputo creare nel vicino Oriente.

RIZA.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia di Scienze mediche di Palermo.

Seduta del 29 maggio 1920.

Sul valore del saggio preliminare per la ricerca dell'acido cianidrico.

Prof. LAZZARO C. — L'O., prendendo occasione di una perizia medico-legale, ha ricercato sperimentalmente di risolvere il problema se il saggio preliminare per la ricerca dell'acido cianidrico debba essere confortato e confermato dalle altre reazioni chimiche, o se esso sia una prova chimica sufficiente quando concordano gli altri criterî clinici ed anatomici per la diagnosi.

Il risultato delle ricerche è sufficiente a poter rispondere alla domanda fattasi, se cioè sia assolutamente necessaria in una perizia medico-legale, la conferma delle varie reazioni chimiche per poter affermare la presenza dell'acido cianidrico, o sia sufficiente, dal punto di vista chimico, il saggio preliminare, sempre che concordino gli altri criterii, cioè quelli clinici e quelli anatomici.

La risposta crede l'A. possa darsi affermativa allo stato attuale delle nostre conoscenze; ma ha da augurarsi che ulteriori ricerche possano farci svelare, in modo definito, la presenza dell'acido cianidrico.

Chemioterapia antisettica. I fenololipoidi.

PIAZZA V. C. — Gli agenti chemioterapici, sino ad oggi conosciuti, hanno la proprietà, agendo direttamente o indirettamente sui parassiti, di sterilizzare l'organismo infetto. Però nelle malattie da bacteri (eso- ed endotossine) hanno un'azione preponderante: è necessario che l'agente chemioterapico agisca sul batterio infettante da un lato e ne neutralizzi dall'altro i prodotti tossici.

Per risolvere tale problema l'O. ha cercato di ottenere da alcuni fenoli, dotati di potere parassitotropo, e dai lipoidi, dotati di potere antitossico, dei prodotti i quali riunissero in sè l'azione parassitotropa degli uni e l'azione antitossica degli altri.

Ha ottenuto così una serie di corpi perfettamente definiti, stabili, che presentano proprietà fisiche e chimiche proprie diverse da quelli dei corpi di origine, nei quali non è possibile scinderli con alcuna tecnica.

Ogni fenololipoide presenta, oltre ai proprii caratteri fisici, reazioni chimiche proprie e qualcuna comune ad altri.

Su alcuni di essi le ricerche dell'O. portano a concludere: a contatto con i batterii per pochi minuti ne attenuano e ne ritardano lo sviluppo; per un periodo di tempo variabile, secondo i varii microrganismi, da mezz'ora a tre ore, li uccidono. Essi hanno inoltre la proprietà di annullare completamente l'azione tossica della tossina difterica e della tossina tetanica, dell'anafilatossina tifica e della sierotriptossina.

I fenololipoidi possiedono, per quanto variamente modificata, l'azione antibatterica del fenolo e l'azione antitossica dei lipoidi.

Essi quindi realizzano le precise indicazioni di agenti chemioterapici, antibatterici ed antitossici ad un tempo.

Borsite cronica sottodeltoidea.

MINUTILLA S. — Riferisce di un caso raro di borsite cronica sottodeltoidea senza comunicazioni articolari, dell'atto operativo eseguito e del reperto anatomico. M. CIULLA.

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 16 luglio 1920.

Sulla presenza di emoistioblasti e loro derivati nella leucemia linfocitica.

GASBARRINI A. — Riferisce le proprie ricerche.

Osservazioni cliniche e anatomo-patologiche sul pneumotorace artificiale. (Con dimostrazione di fotografie e tavole dei reperti microscopici).

CROSTI A. — L'O. ha studiato istopatologicamente i polmoni compressi di tre pazienti curati col penumotorace artificiale, valendosi per uno di questi dello studio comparativo del polmone non compresso. L'O. giunge alle seguenti conclusioni:

Il pneumotorace artificiale:

1º Determina col collasso polmonare una stasi sanguigna e linfatica;

2º Modifica per il fatto compressivo e le alterazioni circolatorie la struttura del tessuto sano, determinando un aumento del connettivo pleurico, vasale interstiziale e alterazioni epiteliali;

3º Arresta la diffusione del processo tubercolare mettendo in riposo l'organo, addensando i tessuti, occludendo le vie bronchiali;

4º Favorisce lo sviluppo del tessuto connettivo e con questo la cicatrizzazione dei focolai. Il connettivo ha struttura del tutto simile a quello dovuto alla reazione organica; ha origine pleurica, vasale bronchiale, interstiziale: trova il suo momento etiologico nel rallentamento del circolo sanguigno e linfatico, nell'attelettasia polmonare, nel riposo funzionale dell'organo, nella reazione del tessuto all'agente infettivo;

5º Impedisce la formazione di cavità ulcerative più facilmente che non curi le caverne, specie se vecchie, vincendo difficilmente l'esistenza delle loro pareti fibrose;

6º Trova sempre nelle aderenze pleuriche un grave impedimento alla sua efficacia terapeutica.

MORELLI E. — Per quanto riguarda le aderenze pleuriche, di cui riconosce l'importanza e il danno nella cura del pneumotorace, crede di poterne vincere spesso l'influenza sinistra introducendo dosi progressivamente crescenti d'aria; e dà gran peso alla presenza di aderenze mediastiniche nel senso che gioverebbero ad mpedire, in caso di forti pressioni artificialmente ottenute, lo spostamento del cuore dal lato opposto.

La patogenesi dell'idrotorace destro nei cardiopatici.

MORELLI E. — Sostiene che fra le varie cause ben note dell'idrotorace destro non deve essere trascurata una causa basata sulla fisiologia pol-

monare. Crede poter asserire che, quando il cuore si ipertrofizza, la pressione negativa del cavo pleurico destro è maggiore, poichè l'ipertrofia esplicandosi specie a spese dell'emitorace sinistro, favorisce la retrazione polmonare diminuendone la trazione elastica in confronto dell'altro polmone. Tale concetto meglio che le altre teorie spiega il fatto clinico che l'idrotorace destro è più frequente nei vizi aortici, vizi nei quali la grande ipertrofia del ventricolo sinistro tanto più permette la retrazione del polmone omonimo.

Parecchi fatti di fisiopatologia il Morelli adduce per vieppiù confermare il suesposto concetto.

Sulla sintomatologia e diagnosi delle aderenze pleuriche.

MORELLI E. — Talora pare esista notevole mobilità del margine e il tentativo pneumotoracico dimostra sinfisi completa. In tale caso, anzichè di mobilità del margine, si tratta di un rischiaramento dovuto al polmone maggiormente espanso. È possibile distinguere il rischiaramento dalla discesa del margine col seguente accorgimento semeiotico: generalmente il medico, fissato il limite polmonare, porta il dito un poco sotto ed invita il malato a respirare. Se il suono ottuso o ipofonetico si rende chiaro polmonare, si è soliti asserire l'esistenza di mobilità del margine. Ciò non è sufficiente. Mentre il malato è in inspirazione, si rifaccia partendo dal campo polmonare e discendendo. Se si trattava di semplice rischiaramento, la modificazione percussoria ci riporterà nel punto primitivamente segnato; se invece il margine era realmente disceso, il limite apparirà inferiore. La spiegazione è ovvia, poichè nel caso che il rischiaramento è dovuto non a discesa del margine, ma a solo sovrariempimento polmonare, ad aumenti della cassa d'aria, i rapporti proporzionali di percussione saranno identici sia in inspirazione che in espirazione e il punto di modificazione percussoria sarà immodificato.

ZOIA L. — Sulla prima comunicazione chiede se non possa trovarsi la spiegazione del fatto più nelle condizioni fisico-chimiche delle membrane pleurico-vasali che in mutate condizioni puramente fisiche quali sono invocate dall'O.

Sulla seconda comunicazione ritiene che l'esame diretto, ivi compreso il rilievo non costante ma delicato dell'ombra di Litten, e quello radiologico diano dati sempre molto precisi. Trova nondimeno interessante il rilievo dell'O.

MORELLI. — Ritiene praticamente difficile la dimostrazione per la impossibilità di sottoporre ad esame la sierosa sia di animali, sia dell'uomo, per ovvie ragioni.

Alla seconda replica che egli non intende trascurare nessuno dei mezzi di indagine ricordati dallo Zoia, ma crede talvolta fallace il reperto radioscopico quando stratificazoni pleuriche danno un'ombra intensa che non permette di riscontrare una mobilità del margine polmonare più o meno scarsa ma effettivamente presente. Dà grande importanza al fenomeno del Litten, ma ricorda che è spesso mancante.

Nuove ricerche intorno al rapporto fra reazione dei semi di strofanto e loro attività biologiche.

PATTA A. — In seguito a nuove ed ampie ricerche sull'argomento, l'O. conclude che considerando in blocco i risultati ottenuti con lo studio del comportamento di circa 2500 semi di strofanto, di 5 partite diverse, la colorazione verde con acido solforico si ottiene solo nel 49 % dei casi; la percentuale dei semi reagenti in verde è però differentissima per i singoli campioni di semi, oscillando dal 15 al 71 %.

Tra i diversi semi di strofanto, in ciascun campione, quelli che reagiscono in verde con ac. solf. si dimostrano con assoluta costanza dotati di attività farmacologica maggiore (da 11 fino a 250 volte) in confronto di quelli reagenti in rosso o negativi.

In base a tali reperti l'O. richiama nuovamente l'attenzione sulla necessità dell'impiego sistematico dei saggi biologici, tanto per i semi di strofanto quanto per le strofantine e le tinture.

Sulla patogenesi della anemia dei nefritici.

GRIGNANI R. — Dall'esame di otto ammalati affetti da malattie renali (nefriti, nefrosi, rene arteriosclerotico) l'O. con uno studio accurato, è giunto alle seguenti conclusioni:

1° Nel decorso delle malattie del rene l'ipoglobulia è un fenomeno frequente.

2° L'ipoglobulia osservata nei nefritici non è apparente (idremia), ma rappresenta una reale diminuzione di globuli rossi.

3° L'ipoglobulia osservata nei nefritici non dipende il più delle volte da esagerata distruzione, ma da deficiente formazione di globuli rossi; essa non deve quindi ritenersi prodotta da ritenzione di sostanze tossiche emolizzanti, ma piuttosto da una alterata funzione degli organi ematopoietici.

4° La deficiente nutrizione ed eventuali alterazioni concomitanti possono agire indirettamente come concausa nella produzione dello stato di ipoglobulia osservata nei nefritici.

ALFIERI E. — Appoggia le conclusioni dell'O. coll'esperienza personale nel campo ostetrico. Crede però che nell'anemia del Biermer la nefrite sia piuttosto secondaria alla anemia.

C. CALCATERRA.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA.

Alcune forme cliniche di cisti idatidee del polmone.

Creyx (*Journal de médecine de Bordeaux*, tome 91, 1920) distingue cinque gruppi di echinococchi polmonari, dal punto di vista sintomatico.

Nel primo gruppo pone le *forme latenti*: una cisti può non dar luogo mai a sintomi sia obiettivi che subiettivi e può essere scoperta per caso all'autopsia o, per esempio, facendo una radiografia del torace.

Il secondo gruppo comprende le forme più frequenti, le *forme pseudotubercolari* in cui sintoma precoce e di primaria importanza è l'emottisi. Per differenziare le emottisi da echinococco dalle emottisi tubercolari ha importanza l'assenza di sintomi ascoltatori nelle prime, e specialmente l'assenza di bacilli di Koch nell'espettorato.

Il terzo gruppo racchiude le *forme pseudo pleuritiche*: la cisti può simulare un versamento pleurico (cisti cortico polmonari o cisti extratoraciche) o si può rompere nella pleura (raramente) o può dar luogo ad un versamento reattivo o può addirittura essere una cisti della pleura.

L'A. in un quarto gruppo classifica le *forme tumore intratoracico*: tipo cui la ciste può somigliare allorchè, in determinate condizioni topografiche, raggiunge un volume considerevole e dà luogo a deformazioni toraciche, a segni di compressione.

Altro gruppo è quello delle *forme simulanti un ascesso del polmone*.

La suppurazione delle cisti polmonari più che simulare si confonde in certi casi con l'ascesso del polmone. Differenti sono le difficoltà diagnostiche a seconda che il medico si trovi a sospettare un ascesso in un malato di cui ha seguito l'evoluzione morbosa, in cui si sia avuta la vomica caratteristica con uncini e membrane, ovvero allorchè si presenti al medico per la prima volta un malato con sintomi di suppurazione polmonare con una anamnesi negativa: in tal caso solo la toracotomia illuminerà l'etiologia.

M.

Le reazioni miotoniche nella tubercolosi polmonare.

L. Dantrebande riferisce negli *Archives Médicales Belges* (n. 1, gennaio 1920) le osservazioni compiute su 100 ammalati dell'apparato respiratorio nei riguardi delle reazioni miotoniche.

L'A. ha ricercato la reazione miotonica del trapezio, del bicipite e del pettorale e tanto al pizzicamento quanto alla percussione. Sui 100 casi osservati soltanto 6 non presentavano alcuna reazione; ed erano affetti 3 da bronchite cronica, 2 da sclerosi dell'apice, 1 da tubercolosi polmonare nel periodo secondario ad evoluzione molto lenta. Negli altri 94 casi, la reazione miotonica del trapezio era positiva nel 94 %; quella del pettorale nell'83 % e quella del bicipite nel 99 %.

Le reazioni positive si riferivano tutte ad ammalati di forme tubercolari ed in alcuni, il fenomeno acquistava una spiccata e particolare intensità e durata. Inoltre nei casi di lesioni unilaterali, la reazione di tutti tre i muscoli presi in esame o di uno di essi era o solo presente dal lato affetto, o più intensa e prolungata che non sul lato sano.

L'A. conclude affermando che se la reazione miotonica può esistere anche nelle malattie più diverse e anche nei soggetti normali, è però costante nella tubercolosi polmonare e può permettere di prevedere la localizzazione, l'estensione e l'evoluzione più o meno attiva della lesione.

Inoltre la reazione miotonica può fare sospettare, come ha osservato l'A., la presenza di una lesione tubercolare non rilevabile con i segni ascoltatori, ma riscontrata poi con l'esame radiologico.

TR

Ancora sui rapporti tra l'influenza e la tubercolosi polmonare.

H. Much e H. Ulrici scrivono (*Berl. Klin. Wochenschr.*, n. 21, 1920) che i tubercolosi, a parità di condizione, ammalano e d'influenza e delle complicazioni di essa, come gli individui sani; però il fatto che i tubercolosi usano maggiori riguardi, specialmente quando ammalano coi sintomi di un'affezione acuta, fa sì che in generale, siano in essi meno frequenti le complicazioni broncopolmonari dell'influenza.

Ciò nonostante, l'influenza è spesso funesta ai tubercolosi. Gli AA., hanno potuto raccogliere numerosi casi (47) di individui, i quali, in seguito all'influenza, presentarono i segni di una pneumonite tubercolare a decorso acuto, mentre prima erano stati apparentemente sani oppure portavano senza esserne molestati una lesione tubercolare antica oppure tendente alla guarigione. Numerose autopsie rivelarono nei polmoni la presenza contemporanea della lesione antica sclerotica e della pneumonite caseosa recente. Tale trasformazione, nel decorso

della tubercolosi, in seguito ad influenza è specialmente tipica nelle persone d'età, nelle quali di solito la tubercolosi decorre in modo specialmente benigno.

La pneumonite caseosa non ha però necessariamente esito letale; l'affezione può talora arrestarsi e poi rimaner localizzata, e presentare un decorso remittente oppure passare in uno stadio cronico d'indurimento fibroso. Come mai l'influenza, produce talvolta una modificazione così funesta nel decorso della tubercolosi? Gli AA., pensano che nel corso dell'influenza i bacilli tubercolari che si trovano nelle vie aeree dei malati cronici, divengono agenti di infiammazioni polmonari così come lo divengono gli strepto o stafilococchi nella broncopolmonite influenzale acuta.

Naturalmente, la pneumonite caseosa, decorre in modo corrispondente alla biologia degli agenti di essa, quindi molto meno acutamente della broncopolmonite strepto o stafilococcica.

POL.

La canfora e l'emetina nella cura delle emottisi

Huchard e Faure-Miller, in Francia, Alexander in Germania, già una trentina di anni fa usarono l'olio canforato per via sottocutanea nella cura della tubercolosi polmonare, i primi a dosi massime, il secondo a piccole dosi. Altri autori hanno in seguito imitato l'Alexander e tutti sono d'accordo nel constatarne buoni effetti nel ritorno dell'appetito, nel miglioramento dello stato generale, nella soppressione dei sudori notturni. Contradditori sono i risultati nei riguardi delle emottisi: per alcuni l'olio canforato nelle emottisi gravi polmonari ha azione emostatica, per altri è sconsigliabile: secondo alcuni l'azione emostatica è dovuta all'olio che introdotto in abbondanza agirebbe in maniera analoga alle iniezioni di gelatina.

Cheinisse a tal proposito segnala (*La Presse médicale*, n. 65, 1920) le osservazioni che M. Zehner pubblica nella *Zeitschrift für Tuberkulose*: questo autore insiste sulla distinzione che bisogna fare dal punto di vista causale fra le emottisi *congestive, indirette, passive*, lente, con sangue scarso, non aereato, quasi nero, con polso piccolo, dipendenti quasi esclusivamente da insufficienza circolatoria, e le emottisi *ulcerose, dirette, attive* derivanti dalla distruzione delle pareti vasali, emottisi rapide, abbondanti, spesso fulminanti, con sangue rosso vivo aereato, spumoso, con polso normale.

Nelle prime, piccole dosi di canfora, ripetute, sono sufficienti a rimediare ai disturbi circolatori causali: nelle seconde lo Zehner è anche ricorso alla canfora come agente vasocostruttore, ma a dosi più elevate.

Cheinisse mette però in guardia i medici dall'usare all'infinito l'olio canforato in quanto si può andare incontro a notevoli disturbi, specie se l'olio è di vasellina.

***

Il valore emostatico dell'emetina nell'espettorazione sanguigna è stato molto contestato. Noël Fressinger non esita a concludere che l'emetina è un rimedio senza efficacia nelle emottisi e che se come emostatico è stata preconizzata, ciò è dovuto agli scarsi e limitati studi fatti in proposito.

Sta di fatto che l'emetina ha azione diversa nei diversi emottoici. La cura con l'emetina deve esser condotta con l'oscillometro alla mano; nei tubercolosi ipertesi Colbert e Bazin hanno constatato che 4 centigr. di cloridrato di emetina portano ad un rapido abbassamento della tensione massima e minima, abbassamento attestante la vaso-costrizione ottenuta e la diminuzione dell'impulso cardiaco, due condizioni queste la cui associazione è particolarmente favorevole all'emostasi.

Il medicamento in questione non agisce sufficientemente sugli ipotesi o su coloro i quali, dopo l'emottisi, hanno una ipertensione passeggera.

Si comincerà con l'iniettare 4 ctg. di cloridrato di emetina, rinnovando l'iniezione una o due volte nella giornata: diminuire le dosi, senza tuttavia arrestarne bruscamente l'uso che dovrà esser continuato anche quando l'emottisi sarà cessata. Evitare nel contempo l'adrenalina ed il siero di cavallo che tendono ad aumentare la tensione arteriosa: se la febbre è alta dare antipirina a piccole dosi, la dieta ridotta al minimo, limitata la immobilità del malato.

M.

La cura dell'ascesso polmonare col pneumotorace artificiale.

Carpi in una rivista sintetica apparsa recentemente (*Tubercolosi*, vol. XII, pag. 88) ricorda i fattori fondamentali riconosciuti dal Forlanini nel meccanismo d'azione del pneumotorace artificiale e mediante i quali fu dapprima ritenuta utile l'applicazione di tale metodo anche nell'ascesso polmonare.

Vari autori si sono in seguito opposti a tale concezione e Bruning conclude col Kuttner che l'idea di poter guarire l'ascesso polmonare esercitando dall'esterno una pressione, urta contro i canoni fondamentali della chirurgia.

L'A. insorge contro tali asserzioni e, ricordate le brillanti applicazioni effettuate con la terapia pneumotoracica non solo nella tisi pol-

monare, ma anche nella cura delle emottisi, dei versamenti pleurici, delle ferite toraco-polmonari d'arma da fuoco e perfino nelle bronchiettasie, cita una serie di casi di indicazione netta nei quali l'intervento pneumotoracico esplicò un'azione sicura e brillante nella cura dell'ascesso polmonare.

In un caso del Forlanini si trattava di una donna di 24 anni affetta da ascesso metapneumonico, da ben 6 anni, guarita in due anni.

Casi analoghi sono quelli di Izar, Rogge, Fornaca, Bergmann e quelli personali dell'autore, in due dei quali il decorso fu particolarmente favorevole.

Nel primo, trattavasi di un bambino, il pneumotorace potè essere attuato e completato gradualmente così da ottenere nel corso di alcune settimane il completo collasso polmonare e l'elisione della cavità ascessuale: la guarigione persiste da quattro anni.

Nel secondo caso, nel corso di alcuni mesi la cura attuata prontamente portò alla elisione completa dell'ascesso con scomparsa dell'espettorazione, delle febbri e dei fenomeni settici generali.

M.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1209) *Alimentazione sottocutanea.* — Al dott. G. G., abb. 3160:

La recente letteratura, che è diffusa in qualche articolo (non ci consta che siano stati pubblicate opere complete sull'argomento), nulla aggiunge di nuovo ai primitivi risultati ottenuti da Leube, Koll, V. Noorden, Gumprecht, Credé, ecc.

L'impossibilità di somministrare convenienti quantità di sostanze azotate e idrocarbonate per via sottocutanea, a causa dei fenomeni generali e rispettivamente locali, il valore aleatorio dei prodotti della digestione parenterale dei grassi, ben tollerati dal sottocutaneo, sono le ragioni per le quali nella terapia moderna tale via di somministrazione degli alimenti è pressochè abbandonata.

Esorbiterebbe dai compiti della posta degli abbonati fornire completa bibliografia sull'argomento.

t. p.

(1210) *In tema di edilizia sanitaria.* — Abb. n. 3643:

Al primo quesito non si può rispondere, neppure in modo approssimativo, senza una disamina delle singole condizioni locali (entità di lavori, esposizione della stanza, ventilazione di essa in rapporto alle aperture naturali, condizioni meteorologiche presenti, ecc.), le quali possono determinare un più o meno rapido prosciugamento.

Alla seconda domanda si risponde che chiunque abbia un interesse che ritenga leso dalla deliberazione del sindaco (il parere dell'ufficiale sanitario non è se non una proposta al sindaco, il quale è l'autorità sanitaria depositaria del potere e responsabile delle leggi) può ricorrere in merito al Prefetto.

L. D. V.

(1211) *Per la pratica del Pneumotorace.* — All'abb. n. 6213.

Troverà nel volume del Breccia quanto lei desidera.

I recenti lavori del Morelli hanno apportato modificazioni utili al metodo, e si potrà rivolgere direttamente all'A. (Pavia) per ulteriori chiarimenti.

Non esistono in Italia giornali di eliotalanoclimatorepia. Potrà acquistare per i suoi scopi il pratico manuale del Malgat: *Le cure solaire.*

t. p.

CENNI BIBLIOGRAFICI

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione

P. PICCININI. *Medicina storica e Medicina sociale.* Milano, R. Quintieri (1920), un vol. in-8 di pag. 311.

È un volume di scritti sparsi, di conferenze, di note varie raccolte e ordinate in uno dei *libri della salute* del Quintieri. Una prima parte è dedicata alla rievocazione di nostre gloriose figure storiche, dal Morgagni al Malpighi, dal Redi al Ramazzini, dal Fracastoro al Pomponazzi; un capitolo più denso tratta della scuola di Salerno e il pensiero greco - latino nella medicina italiana.

La seconda parte si occupa di igiene del lavoro e di medicina sociale; la scelta del mestiere, studi sul lavoro e leggi del lavoro fisiologico, l'alimentazione delle classi operaie, malattie e stimmate degli scopai, la pellagra in Italia, ecc.

Il concetto del libro di volgarizzazione è lodevole; il modo con cui è tradotto in pratica non può trovare consensi. Non basta asserire la necessità, per il progresso della coltura medica, di un più diffuso studio della storia della medicina, per sottrarsi a un giudizio severo quando in un centinaio di pagine si imprende a trattare del Morgagni o del Malpighi con il bagaglio vieto che ingombra tutti i « Larousse ».

Un altro rilievo merita quel misto di serio e di *reclamistico*, di sacro e di profano, a così dire, che forma un insieme bizzarro e stonato del libro; ne risulta un senso caricaturale, quando, nello scorrere l'indice si vegga, ad esempio, accanto ai nomi di Lancisi, di Leeuwenhoek, di Leonardo, quello del Lepetit, della casa di prodotti farmaceutici... *x.*

FELDMAN W. M.: *The Principles of Ante-natal and Post-natal Child Physiology.* Un volume in-8, rilegato, di 694 pag. con 135 figure. — Longmans, Geen e Co., Londra. — Prezzo scellini 30.

L'A. fornisce in questo volume un particolareggiato resoconto sulle odierne vedute in riguardo alla fisiologia delle fasi prenatali, natali e postnatali dello sviluppo del bambino. L'opera è divisa in quattro parti: la prima tratta delle cellule germinali, del processo di fecondazione, delle leggi che governano l'eredità e delle fasi post-natali; la seconda è breve e tratta la fisiologia della nascita. La terza forma la parte più importante e diffusa e riguarda la fisiologia e psicofisiologia dell'infanzia, con accenni all'adolescenza. Da ultimo un breve capitolo dedicato al bambino prematuro.

L'opera, ricca di dati, di calcoli e di osservazioni interessanti, è un segno del grande interesse che si rivolge ora allo studio del benessere dell'infanzia, studio che ha raggiunto una fase rigorosamente scientifica. *r. s.*

Annuario bibliografico italiano delle scienze mediche ed affini. A cura del Laboratorio batteriologico della Direzione generale della Sanità Pubblica, diretto dal Prof. B. Gosio, 1918-19. Un vol. in-16 di 724 pag. — Tip. delle Cartiere Centrali, Roma.

Con questo ben nutrito volumetto, che comprende gli anni 1918-19, l'utile pubblicazione che rispecchia l'attività italiana nel campo delle scienze mediche è ormai al corrente. Sono notevolmente cresciute le fonti d'indagine, di cui ve ne sono 63 nuove, sopra un totale di 163, alcune delle quali potrebbero però anche venir trascurate senza nocumento.

La paziente opera è di grande utilità per ogni studioso. *Index.*

VARIA

Astronomia e medicina.

In una conferenza tenuta a Bordeaux nell'Alhambra, l'abate Moreau, direttore dell'Osservatorio astronomico di Bourges, ha illustrato la tesi che le macchie solari — da lui specialmente studiate e disegnate con precisione — corrispondono a periodi d'iperattività termica dell'astro. Ha potuto calcolare che intorno alle macchie il sole proietta dei getti di fuoco i quali raggiungono perfino 600 chilometri di altezza in 20 minuti.

Quando le macchie solari sono più grandi e più numerose, sulla terra si hanno periodi di siccità.

Nei momenti in cui le macchie del sole sono più estese e quindi la siccità è maggiore sulla terra, sopravvengono perturbamenti sociali considerevoli.

È così che il 1870 e il 1914 hanno coinciso con un massimo di iperattività solare e di siccità terrestre.

Nello stesso ordine d'idee, ed a conferma della sua tesi, il distinto astronomo ha fatto notare che le stagioni calde esaltano il nervosismo umano; per es., nelle scuole i bambini divengono insopportabili.

Probabilmente può stabilirsi anche un rapporto con le malattie. Così nei mesi di maggio e di giugno gli psichiatri debbono trattare un maggior numero di alienati, anzichè nel restante dell'anno.

(Dal *Journal de Médecine de Bordeaux*, 10 giugno 1920). R. B.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

A proposito del richiamo temporaneo di ufficiali medici di complemento

In questo periodo, in cui le organizzazioni di classe sono riuscite ad imporre le proprie direttive allo svolgersi delle diverse attività sociali, non riesce inopportuno richiamare l'attenzione di alcuni ufficiali-medici di complemento sul danno che essi arrecano in talune circostanze, con la loro condotta, ai propri colleghi in servizio attivo permanente.

Intendiamo riferirci all'adesione volontaria ma *condizionata* che gli ufficiali-medici suaccennati hanno dato recentemente al loro richiamo temporaneo in servizio militare.

È nota la grave deficienza numerica degli ufficiali-medici in S. A. P., adesso resa assai più acuta dal collocamento in P. A. S. e dalle numerose dimissioni di molti di essi. Per tale deficienza, il servizio sanitario mlitare, anche in tempi ordinarî, si svolge con disagio notevole e con non lieve sacrificio degli ufficiali-medici effettivi. Quando poi le esigenze del servizio assumono carattere di bisogni relativamente straordinari (funzionamento dei consigli di leva, tiri collettivi e manovre, arruolamenti eccezionali, revisioni di inscritti o richiamo di militari in congedo, ecc.), il Ministero della Guerra, che non può costringere all'impossibile gli ufficiali-medici effettivi, si vede costretto a ricorrere a quelli di complemento in congedo, e poichè non può comandarli ad accettare il richiamo alle armi d'autorità, è obbligato ad accordar loro facilitazioni di sede e di servizio che, naturalmente, si risolvono a danno dei colleghi in S. A. P., e questi, non potendo dettare alcuna condizione, si vedono soppiantati e mandati in giro per le provincie per compiere servizî che loro non spetterebbero. È accaduto così recentemente che alcuni ufficiali-medici in congedo hanno accettato di riprendere servizio temporaneo scegliendosi la sede ed indicando persino, in via privata, la qualità del servizio che intendevano disimpegnare.

A tali ufficiali-medici ci permettiamo di far notare quanto appresso:

a) Col loro accorrere volontario in servizio si sono prestati a toglier d'imbarazzo le autorità sanitarie militari dirigenti, le quali facendo assegnamento su questa loro facile e pronta dedizione, si guardano bene dal migliorare le condizioni economiche e di carriera degli ufficiali-medici effettivi, che perciò saranno sempre scarsi di numero inquantochè rimarranno sempre deserti, o quasi, i concorsi di arruolamento.

b) Hanno costretto gli ufficiali-medici effettivi, che dopo cinque anni di guerra speravano di rimanere un po' tranquilli nelle proprie sedi, ad andare in servizio comandato per le provincie, in cui i colleghi richiamati non hanno voluto andare, nè è stato possibile mandarli perchè riassunti in servizio *sub conditione* di sede.

Questo servizio temporaneo di circa due mesi che son dietro a prestare gli ufficiali-medici richiamati, non può fruttar loro economicamente che un guadagno scarso e trascurabile, mentre toglie loro del tempo prezioso da dedicare con più profitto e con maggiore opportunità alla loro clientela privata e nuoce perciò indirettamente alla carriera civile da essi scelta.

Alcuni « Ordini dei Medici » hanno già deliberato a questo proposito, per unanime consenso degli inscritti, di non aderire a richiami temporanei di ufficiali-medici dal congedo, a meno che non si tratti di epidemie e quindi di esigenze che rivestono carattere umanitario, e ciò non soltanto per dignità professionale dei medici civili, ma anche a tutela degli interessi della classe sanitaria militare, che da questi richiami tanto si nuoce.

Si fa voti ora che tale deliberazione venga presa da tutti gli « Ordini dei Medici » dell'Italia e specialmente da quelli della Sicilia, in cui sono ancora dei medici militari di complemento, che non avendo fin qui portata la loro attenzione su quanto si è esposto nel presente articolo, si mostrano abitualmente tanto solleciti ai richiami di cui trattasi, che il Ministero per inviare in questi ultimi giorni medici militari di complemento nel territorio di Bolzano, si è rivolto sicuro ai distretti militari della Sicilia, i soli che dispongono della fornitura di medici per servizî di...... comodo.

Dott. GIGI.

Cronaca del movimento professionale.

V Congresso federale degli Ordini dei medici.

Il Congresso federale degli Ordini dei Medici, che era stato indetto dalla Giunta esecutiva per la fine del corrente mese, viene convocato per i giorni 25, 26 e 27 del prossimo novembre in Roma.

Questo spostamento di data era necessario per evitare che il Congresso coincidesse col periodo elettorale amministrativo.

Si invitano pertando gli Ordini ad inviare non oltre il 25 ottobre alla Presidenza i temi e le proposte che intendono presentare al Congresso, perchè possa in tempo utile compilarsi il programma che verrà poi comunicato agli Ordini con altra Circolare nella quale sarà indicata la sede delle riunioni, l'ora della seduta inaugurale, e verranno

precisate le norme per fruire dei ribassi ferroviari che la Presidenza spera di ottenere pei congressisti.

Si avverte intanto che al Congresso sono ammessi solamente gli Ordini che sono in regola col versamento del contributo del corrente anno (da inviarsi al cassiere-economo dott. Braccio Braccini, Nocera Umbra) e che il numero dei rappresentanti e dei voti a cui ciascun Ordine avrà diritto sarà stabilito in base al numero degli inscritti negli albi del 1920.

Per il progetto di legge sulle assicurazioni malattie.

L'11 settembre u. s. l'Assemblea straordinaria della Sezione di Pordenone dell'Associazione Nazionale Medici Condotti ha votato ad unanimità il seguente ordine del giorno:

«I medici condotti della Sezione di Pordenone riunitisi oggi in assemblea straordinaria, sentita la relazione del Presidente circa le vicende del progetto legge sulle Assicurazioni delle malattie, dato che alla riapertura della Camera si presenti dal Ministro del lavoro un nuovo progetto che riguarderà probabilmente soltanto l'assicurazione, lasciando da parte quanto riguarda l'assistenza sanitaria;

considerato che anche ultimamente il Governo ha fatto approvare le modificazioni al decreto sull'Assicurazione degli infortuni agricoli senza avere interpellato nè direttamente nè indirettamente le rappresentanze dei medici;

ammaestrati dal passato come debbano diffidare assai in materia di compensi di assicurazione e come soltanto la classe medica debba subire l'imposizione iniqua e la sopraffazione della sua volontà con la maschera della ragione di Stato il quale sempre ne sfrutta l'opera e l'energia;

ritenuto che qualsiasi studio sul progetto di legge per le Assicurazioni sulle malattie non darà alcun pratico risultato se gli elementi tecnici più interessati non vi esprimono il loro parere;

deliberano di promuovere una immediata agitazione diretta ad ottenere dal Ministro del lavoro una larga partecipazione di medici esercenti, rappresentanti le varie categorie, nello studio del progetto indicato; rappresentanza che oltre a tutelare il benessere degli assicurati abbia a salvaguardare il diritto della libertà e della dignità professionale;

confermano alla loro Presidenza la più alta fiducia e la piena solidarietà, le conferiscono il più ampio mandato di rappresentanza al prossimo Congresso dell'Associazione Nazionale dei Medici Condotti ove verrà trattato e discusso questo argomento.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8493) *Malattie contratte in servizio.* — Dott. G. C. da S. G. M. — Le malattie contratte in servizio debbono, agli effetti della pensione, essere accertate da visita collegiale. Il Consiglio comunale è chiamato a pronunziarsi in merito. La domanda per liquidazione della pensione privilegiata accompagnata dall'atto di nascita, dallo elenco dei servizi prestati con la indicazione della durata di essi, deve essere trasmessa insieme al verbale della visita collegiale all'Ufficio provinciale sanitario della Provincia.

(8494) *Pensioni.* — Dott. A. A. da P. — Agli effetti della pensione sono valutati gli anni di servizio prestati sotto le armi, avendo Ella pagato i relativi contributi, ma non quelli passati in aspettativa per ragioni di famiglia. Non essendo applicabile agli impiegati comunali la legge del 23 ottobre 1919, non sembra che possa sortire buono ed utile effetto la pratica che si propone di iniziare codesto Regio Commissario. Anche senza calcolare gli anni passati in aspettativa per ragione di famiglia, Ella avrebbe ora già compiuti i 24 anni, 6 mesi ed un giorno richiesti per la pensione.

(8495) *Concorso - Chiusura.* — Dott. abbonato N. 12209. — I termini di ogni concorso sono improrogabili. I documenti presentati dieci minuti dopo scorsa l'ora fissata nel bando non possono essere ricevuti. La Commissione giudicatrice porta il suo esame anche sul lato estrinseco dei concorsi e certamente escluderà quel concorrente pel quale risulti indubbiamente provato la tardiva presentazione della domanda e dei documenti scientifici e personali. Qualora la Commissione giudicatrice ammetterà al concorso il ritardatario e lo classificherà, Ella potrà impugnare il relativo verbale per violazione di legge dinanzi la IV Sezione del Consiglio di Stato.

(8496) *Documenti da esibirsi a concorsi.* — Dott. N. M. da O. — Non può ritenersi arbitraria la eccezione formulata dal Sindaco giacchè dovendo egli, come pubblico ufficiale, attestare la esistenza di quei tali documenti descritti nello elenco, deve avere una base su cui fondare la sua asserzione: base che non può essere costituita da altro che dal deposito in archivio dei documenti di cui si assicura la esistenza. Ma poichè tale deposito non è prescritto da alcuna tassativa disposizione di legge, crediamo che si possa trovare una via di mezzo, che valga a tranquillizzare l'autorità attestante ed a soddisfare la necessità del richiedente, coll'esibire cioè in comunicazione tutti i documenti elencati.

(8497) *Pensioni* — Dott. V. C. da V. — Gli anni di servizio prestati come ufficiale sanitario dal 1907 ad oggi, durante i quali non si è stati inscritti alla Cassa perchè l'assegno di cui si godeva non raggiungeva il limite prescritto, non è riscattabile. La inscrizione decorre quindi, dal giorno in cui sarà fatta.

(8498) *Infortunii sul lavoro.* — Dott. R. M. da B. — Il primo certificato di infortunio è pagato con lire due. Le prime immediate cure sono pa-

gate dall'Industriale. Per esse non esiste tariffa speciale. Sono pagate in base alla tariffa normale ed a seconda della loro entità e difficoltà.

(8499) *Ritenuta pensione.* — Dott. A. M. da L. — Si convincerà che il Municipio ha bene operato richiedendole il pagamento del contributo Cassa previdenza durante il tempo che ha passato sotto le armi, riflettendo che se fosse stato sufficiente il solo contributo pagato dal collega che lo ha sostituito, Ella si sarebbe avvantaggiato di danaro non suo. Ella dovea pagare e paga effettivamente ora. Non è affare che la riguarda la indaginé del modo come il Comune ha impiegato il danaro ritenuto per lo stesso scopo dal Collega.

(8500) *Medico ospedaliero - Capitolato.* — Dott V. T. da T. — Non ha diritto alla indennità caro-viveri perchè il nuovo capitolato non ne parla e nessuna legge lo rende obbligatorio per i medici ospedalieri. Non portando il nuovo capitolato alcun termine di retroattività, l'aumento quinquennale decorre dal giorno della sua approvazione da parte della autorità tutoria. Poichè il capitolato non parla del trattamento economico in caso di aspettativa per salute, bisognerà fare domanda alla Commissione direttiva perchè determini se e quanta parte di stipendio Le debba essere corrisposta durante la medesima.

(8501) *Somministrazione di medicinali ai clienti.* — Dott. F. Z. da P. — La somministrazione di un medicinale fatta ad un cliente pel tramite del medico non è consentita, perchè il medico deve mantenersi completamente estraneo alla fornitura di medicinali, ancorchè fatta in minima quantità.

Doctor JUSTITIA.

All'abb. n. 490:

Sui corsi di perfezionamento diamo tutte le notizie che ci pervengono nella rubrica «Notizie diverse». Non abbiamo altre informazioni.

R. B.

CONCORSI.

POSTI VACANTI:

BERGAMO. — *Consiglio Istituti Ospitalieri.* — Primario della Sezione 2ª Medica; L. 5000 più indennità di L. 1100 se ammogliato, di L. 780 se celibe, nette. Scad. ore 15 del 10 novembre. Titoli ed esami. I primari durano in carica un ventennio e non oltre 60 anni. Il Consiglio potrà scegliere fra i dichiarati idonei. L'esame consta della illustrazione di un caso di medicina interna, della esecuzione e direzione di una autopsia con illustrazione epicritica, di eventuali ricerche cliniche e di laboratorio. Richiedere l'annunzio al Segretario.

BOLOGNA. — Tre medici aggiunti presso l'Ufficio d'Igiene; L. 9500 con quattro aumenti triennali e uno quinquennale di L. 600 ciascuno. Età limite 35 anni. Saggio scritto, prova pratica, prova orale e titoli. La visita di sana e robusta costituzione potrà essere fatta fino alle ore 18 del giorno antecedente a quello che verrà fissato per l'esame scritto. Servizio entro 15 giorni. Scadenza ore 12 del 9 novembre.

CANTIANO (*Pesaro-Urbino*). — Il concorso ad una delle due condotte mediche è prorogato al 25 ottobre, ferme restando tutte le altre disposizioni. Rivolgersi al Sindaco.

MANTOVA. *Consiglio Ospitaliero.* — Chirurgo primario per i reparti di Ostetricia e Ginecologia del Civico Ospedale; a tutto il 15 nov.; L. 5875; titoli. Informazioni e avviso di concorso presso la Direzione o la Segreteria dell'Ospedale. Servizio entro 15 giorni.

PALOMONTE (*Salerno*). — Condotta L. 4000 fino a cento famiglie povere; L. 200 ogni dieci famiglie povere in più. Quattro quinquenni del decimo. Scadenza 15 novembre.

ROMA. *Croce Rossa Italiana.* — Direttore del Sanatorio «Cesare Battisti». Titoli. L. 15.000 nette e quinquenni di L. 2000. Alloggio nel Sanatorio e diritto a prelevare a prezzo di costo dal servizio di cucina i generi occorrenti per sè e la famiglia. Documenti, curriculum e titoli (in sei copie) al Comitato Centrale, Ufficio II, via Toscana 10. Scadenza 30 novembre.

VENEZIA. — A tutto il 10 novembre: medico-igienista, medico scolastico e medico batteriologo aggiunto al Laboratorio micrografico; L. 8900 oltre L. 2600 per il primo posto e L. 1600 per gli altri due; doppio caro-viveri governativo; al lordo. Istanza, documenti, informazioni presso la Cancelleria della Segreteria municipale. Titoli e prove scritte e orali. È vietato l'esercizio privato della professione. Chiedere annunzio.

Medico straniero, laureato in Italia, con conoscenze di lingue, cerca interinato od occupazione adatta. Rivolgersi: Alatri, Roma, via Arco de' Ginnasi, n. 23.

Medico-chirurgo trentacinquenne pratico condotta ospedali assumerebbe interinato lungo Italia settentrionale, preferibilmente provincia Mantova o Verona. Scrivere: Arnaldo Pozzi, via Sistina, n. 40 - Roma.

Diffide.

Condotte di Pausula e Tolentino (Macerata).

CONCORSI A PREMIO.

Premi Bressa.

La Reale Accademia delle Scienze di Torino, conformandosi alle disposizioni testamentarie del dottor Cesare Alessandro Bressa, annunzia che il *ventunesimo premio Bressa* sarà conferito a quello scienziato di qualsiasi nazione, il quale durante il *quadriennio 1915-18* «avrà fatto, a giudizio dell'Accademia, la più insigne ed utile scoperta, o prodotto l'opera più celebre in fatto di scienze fisiche e sperimentali, storia naturale, matematiche pure ed applicate, chimica, fisiologia e patologia, non escluse la geologia, la storia, la geografia e la statistica».

La medesima Reale Accademia delle Scienze annunzia che il *ventesimo terzo premio Bressa* sarà parimente conferito a quello scienziato di qualsiasi nazione, il quale durante il quadriennio *1919-1922* alle stesse condizioni di cui sopra.

La somma destinata a ciascuno dei due premi predetti, dedotta la tassa di ricchezza mobile, sarà di lire italiane 9000.

Gli autori, i quali desiderino richiamare l'attendone dell'Accademia sulle loro opere, così quelle che si riferiscono al quadriennio 1915-18, come quelle relative al quadriennio 1919-22, potranno inviarle alla Segreteria dell'Accademia non oltre il 31 dicembre 1922. Esse dovranno essere stampate e non saranno restituite. Non si terrà conto dei manoscritti e dei lavori dattilografati.

L'Accademia aggiudicherà i premi agli scienziati che le sembreranno più meritevoli, abbiano o no presentato le loro opere.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Premio Baccelli.

La Facoltà Medica di Roma, con deliberazione approvata dal Consiglio Accademico, ha conferito uno dei premi Baccelli per l'anno 1919 al professore Tommaso Pontano, aiuto nella R. Clinica Medica, e un altro al prof. Guglielmo Bilancioni, aiuto nella R. Clinica oto-rino-laringoiatrica.

Il premio consiste in una medaglia d'oro al merito clinico.

Con tale distinzione si sono volute riconoscere l'originalità e l'importanza degli studi compiuti dal Pontano nel vasto campo della clinica e della patologia medica; si è voluta mettere in luce la somma di lavoro pregevolissimo del Bilancioni, che nei suoi scritti ha ricollegato, più che non si facesse, l'oto-rino-larangoiatria alla patologia generale.

Ai nostri amici facciamo i nostri rallegramenti cordiali.

NEL SERVIZIO SANITARIO DELLE FERROVIE DELLO STATO.

Il prof. Brancaleone, medico capo dell' Ufficio Sanitario di Palermo, è stato promosso Capo Divisione.

I dottori Villa, Cioffi e Tesei sono stati promossi al grado di medico capo.

Particolari congratulazioni all'egregio dott. Villa, nostro collega in giornalismo.

NOTIZIE DIVERSE.

Congresso di medicina interna.

La Società italiana di medicina interna, per non distogliere dalle lotte per le elezioni amministrative i suoi membri e i numerosi medici che hanno l'occasione di seguire i suoi Congressi, ha rimandato il proprio Congresso annuale dal 3-6 novembre al 9-12 dello stesso mese.

L'importanza clinica delle relazioni «*Asma bronchiale*» e «*Linfogranulomatosi*», e l'adesione larga che già è assicurata dalla Scuola italiana di medicina e da valorosi medici pratici, assicurano un brillante esito alla prossima riunione di Roma.

Per aderire al Congresso (quota L. 25) e per qualunque informazione dirigersi alla Segreteria, presso la Clinica medica di Roma al Policlinico Umberto I.

Il Congresso di oculistica infortunistica

da noi già annunziato si è svolto negli scorsi giorni. Daremo in un prossimo numero un succinto resoconto dei lavori.

Beneficenza.

La signora Carlotta Ferrari vedova del dott. Beretta, già medico capo del Comune di Milano, ha legato L. 100,000 a favore del Pio Isttuto pei sordomuti poveri di campagna.

Il cav. Vincenzo Aguzzi ha legato L. 100,000 all'Ospedale di S. Matteo di Pavia, per un Padiglione del costruendo Policlinico.

Il cav. E. Zualdi ha elargito L. 100,000 al Ricovero degli inabili al lavoro di Galliate (Novara).

Notizie dall'Italia.

A proposito della notizia da noi riportata sotto questo titolo nel fasc. 39, a pag. 1105 — per la quale stimammo superfluo qualsiasi commento, dato che essa era troppo madornale — il sindaco di Città di Castello ci scrive per avvertire che la città è saluberrima; che intorno ad essa non si trova *nessuna traccia* di paludi; che i boschi circostanti, di castagni e roveri, sono sfruttati solo in minima parte per la produzione di legna e carbone, da esigue squadre di boscaioli, le quali rimasero relativamente risparmiate dalle epidemie influenzali; che la polenta non è più quasi consumata e la pellagra è quasi scomparsa da un decennio in tutta la regione; che la tubercolosi è, come dappertutto, in effettivo aumento, ma il Comune non ha mancato d'istituire apposito dispensario e di adottare altre provvidenze.

Le nuove tasse per gli studi sanitari.

Col R. Decreto 9 maggio 1920 le tasse scolastiche per gli studi medici sono state così aumentate: immatricolazione L. 150, tassa annua d'iscrizione per 6 anni L. 300, sopratassa annua d'esame per 6 anni L. 50, sopratassa di laurea L. 75, tassa di diploma L. 150, totale L. 2450.

Per i farmacisti le nuove tasse sono rispettiva-

mente: immatricolazione L. 100, iscrizione ed esame L. 180 e 50 per 4 anni, esame di diploma L. 50, diploma L. 80; totale L. 750.

Per le scuole d'ostetricia: immatricolazione 40, iscrizione ed esame 40 e 25 per 2 anni, diploma 25; totale L. 195.

Per l'esercizio dei medici stranieri in Francia.

Ad una interrogazione del senatore Gaudin de Villaine al ministro dell'Igiene per conoscere quali sono le condizioni perchè un medico straniero possa esercitare la professione in Francia, si è avuta la seguente risposto: «L'esercizio della medicina in Francia è subordinato al possesso di un diploma in medicina e chirurgia rilasciato dal Governo francese in seguito ad esame sostenuto in un Istituto di insegnamento superiore di medicina dello Stato».

Le tasse ai medici in Francia.

Riportiamo dell'*Avvenire Sanitario* le denominazioni delle tasse ed imposte fissate per i medici francesi: tassa mobiliare (locali d'abitazione); imle); imposta generale sul reddito; contributo straordinario sui profitti di guerra; tassa sulla patente.

Nascite in Inghilterra.

Nell'ultimo trimestre 1919 si ebbero in Inghilterra 225,569 nascite: 61,794 più che nel corrispondente periodo del 1918. È questa la più alta cifra che si registri dal 1906.

Nel giornalismo medico.

Il primo giornale medico della Palestina è uscito recentemente sotto il titolo *Harefovah* (che significa *Medicina*), quale organo dell'«Associazione Medica Giudaica della Palestina». Si pubblica trimestralmente.

L'Associazione ha lo scopo «di rafforzare e coordinare le attività sanitarie del paese, chi stabilire rapporti con i medici d'altri paesi, di dare all'opera medica un valore nazionale ed umano, di preparare il terreno agli scienziati israeliti, di promuovere la creazione di una Università».

Nel favorire il risveglio dell'attività medica in Palestina ha avuto molta parte l'«Unità Medica Sionista Americana», che ha istituito ospedali e cliniche le quali costituiscono il primo nucleo delle Facoltà medica dell'Università Ebraica a Gerusalemme. L'incarico dell'organizzazione dell'Università è affidato al prof. Patrich Geddes di Edimburgo.

Il Fascicolo 10 (15 ottobre) della nostra SEZIONE CHIRURGICA, contiene:

A. CIVIDALI: «Contributo alla diagnosi delle fistole gastro-coliche».

G. DE FRANCISCO: «Appunti di chirurgia di guerra».

L. NEGRI: «Elioterapia e tubercolosi chirurgiche».

D. TADDEI: «Osteomielite purulenta da permanenza di proiettile di fucile nel corpo della IV vertebra lombare - Estrazione del proiettile - Resezione del corpo vertebrale dalla via lombare - Guarigione».

Il Fascicolo 10 (1° ottobre) della nostra SEZIONE MEDICA, contiene:

F. VALAGUSSA: «Antigeno-terapia paraspecifica di alcune malattie infettive dell'infanzia» (con 14 grafiche).

F. SCHIASSI: «L'auto-anafilassi a frigore nell'emoglobinuria parossistica».

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1920 - Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, *ed. resp.*

Anno XXVII Roma, 1 Novembre 1920 Fasc. 44

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI VENEZIA
DIVISIONE CHIRURGICA III
diretta dal professore VELO.

Osservazioni cliniche sopra un caso di necrosi acuta del pancreas e del tessuto grassoso addominale.

Dott. GAETANO MOCCIA, chirurgo aiuto.

Dacchè il Balzer nel 1882 diede una descrizione esatta della necrosi del tessuto adiposo addominale si moltiplicarono gli studii clinici anatomici e sopratutto sperimentali sull'affezione.

Ma le ricerche sperimentali pur avendo chiarito qualche punto del quadro morboso, sono spesso venute a conclusioni contradditorie ed a risultati non sempre attendibili ed applicabili alla patologa umana. Io credo quindi che solo lo studio diligente e scrupoloso dei casi clinici possa darci un giudizio di controllo sicuro sui risultati della patologia sperimentale ed indicarci la via da seguire per trovare la chiave della patogenesi di tale affezione. E gli studii clinici ed anatomo-patologici di questa gravissima malattia, se si escludono quelli primissimi di Balzer, Chiari, Langherans, Benda e quello recente del Verdozzi, si riducono ad una esposizione semplice e non sempre completa dell'affezione e del reperto di autopsia.

Mi è sembrato quindi far opera utile riferendo un caso che abbiamo avuto l'agio di studiare nella nostra divisione, sia dal punto di vista clinico che da quello operativo ed anatomo-patologico.

L. C., di anni 40, maritata senza figli, genitori morti di malattie imprecisabili. Due fratelli ed una sorella sono viventi e sani; un fratello morì due anni fa di polmonite. Nulla di rilevante nell'anamnesi remota. Da un mese cir-

ca la paziente accusava dolori addominali diffusi, accompagnati da nausea, qualche volta vomito, stitichezza e senso di depressione generale. Questi dolori avevano un carattere piuttosto accessionale, mai localizzati, ma diffusi e vaganti nei diversi quadranti dell'addome. Ai periodi accessionali seguivano alternativamente periodi di calma relativa in cui la paziente svuotava l'intestino con frequenti scariche diarroiche. Mai febbre, mai ittero. Si manteneva così in condizioni non allarmanti, tanto da non sentire neanche il bisogno di consultare un medico, quando tre giorni fa fu presa improvvisamente da dolori, questa volta vivissimi, che dall'ipocondrio destro e dall'epigastrio si diffusero ben presto a tutto l'addome. Ebbe quindi vomito, singhiozzo, tensione di ventre, e per quanto avesse preso un forte purgante, l'alvo si mantenne chiuso a feci e gas. In seguito, coll'esacerbazione sempre crescente dei sintomi dolorosi, si stabilì completo il quadro dell'occlusione intestinale acuta, colla quale diagnosi viene inviata in ospedale.

Accolta nella nostra divisione, la paziente presenta aspetto pallidissimo, cianosi e raffreddamento delle estremità, occhi infossati, tratti del viso stirati, lingua arida, polso piccolissimo, appena percettibile (150), respirazione toracica superficiale, frequentissima (50); T. 50°.9; singhiozzo, vomito ostinato, continuo, alvo completamente chiuso a feci e gas malgrado clisteri ripetuti. La paziente si lamenta di dolori vivissimi ad intervalli ed avverte ella stessa che la colica è dovuta all'impedimento che l'intestino trova nello svuotarsi. L'addome si presenta uniformemente tumefatto; nel periodo in cui il dolore della paziente è più vivo le anse intestinali si delineano benissimo sotto i tegumenti sollevando le pareti addominali a segmenti uniformi. Alla palpazione si nota che durante la contrazione intestinale le anse si distendono fortemente e si sollevano progressivamente.

Alla percussione si nota la scomparsa dell'aia epatica e di quella splenica e la presenza di leggiero versamento libero nel cavo peritoneal. Nulla si rileva all'esame dell'apparato cardio-polmonare. La paziente non orina da 24 ore e colla siringazione non si riesce ad estrarre che qualche goccia di orina, che non ci permette di fare alcuno scandaglio sulla funzionalità renale.

Per quanto le condizioni della paziente non ci facciano concepire nessuna speranza si decide, in *articulo mortis* di operarla subito.

Previa narcosi etero-morfinica pratico un'incisione verticale mediana che dalla sinfisi pubica risale in alto fino a due dita trasverse al di sopra della cicatrice ombelicale. Appena inciso il peritoneo fuoriesce una discreta quantità di liquido giallo sporco nel quale nuotano numerosi detriti fibrinosi giallastri. Incontro quindi subito l'epiploon formante una massa aggrovigliata, di consistenza fibrosa, di colorito giallastro, aderente ad un tratto esteso di colon trasverso, in preda ad un processo non definibile col semplice esame macroscopico.

Allontanate le aderenze epiploiche esploro l'appendice e gli organi del piccolo bacino e non noto alcuna alterazione di essi. Non traccia di torsione o di tumore dell'intestino, non tumori in altri organi che possano col meccanismo della compressione spiegare l'occlusione.

Non trovando altra ragione dell'occlusione la si attribuisce o alla massa epiploica formante tumore aderente al colon e comprimente quindi quest'ultimo, o ad una probabile torsione svoltasi durante le manovre di esplorazione.

Sia l'una che l'altra ipotesi, però, ci soddisfano poco.

Lasciato uno zaffo nel punto più declive della ferita laparotomica, si chiudono a strati le pareti addominali. La paziente sopporta abbastanza bene l'atto operativo e qualche ora dopo, pur persistendo la chiusura completa dell'alvo, presenta un lieve grado di miglioramento: respiro più regolare, meno superficiale, meno frequente (24); polso più valido, meno frequente (140).

Alla visita del mattino successivo si nota nuovamente: ventre teso, polso piccolissimo, frequentissimo (170); respiro superficiale (34); vómito biliare, singhiozzo, aspetto e condizioni generali gravissime.

Si pratica un'ipodermoclisi di 1000 cmc. con XV goccie di adrenalina, iniezioni di canfora e caffeina.

Alle ore 20 l'inferma muore mantenendo integra l'intelligenza fino all'ultimo. Durante tutte le 24 ore di degenza la temperatura s'è mantenuta fra i 35°.6 e 36.

L'inferma è rimasta sempre anurica; nè si è potuto ottenere orina col cateterismo.

Esame necroscopico: addome meteorico, anse intestinali di colorito violaceo, ricoperte di detriti fibrinosi, giallastri, nuotanti in un liquido sieroso, torbido, che si è raccolto in scarsa quantità nelle parti più declivi della cavità addominale. L'omento e tutto il grasso della cavità addominale sono soffusi di piccoli focolai bianco-grigiastri, somiglianti a goccie di cera. Essi sono sparsi senza alcun ordine nello spessore e sulla superficie del tessuto grassoso.

Il pancreas di poco ingrandito, di consistenza dura, è cosparso anch'esso di piccole chiazze grigio-biancastre aventi gli stessi caratteri di quelle che ricoprivano la superficie del tessuto adiposo addominale. Alla sezione si nota che solo su di alcune porzioni la struttura normale dell'organo è conservata, sul resto, invece, si notano chiazze d'infiltrazioni emorragiche e la presenza di numerose altre chiazze bianco-grigiastre, irregolarmente distribuite.

Fegato e milza alquanto congesti, del resto normali.

Nessun segno di calcolosi epatica o pancreatica.

Reni con grave nefrite parenchimatosa acuta. Nulla di notevole negli altri organi.

La sintomatologia con cui si presentò la paziente non può farci convenire con gli autori i quali ritengono che il quadro morboso in parola è così ben caratteristico da permettere di fare una diagnosi di probabilità.

Ecco i sintomi che ordinariamente si danno come caratteristici: 1° Il dolore con localizzazione epigastrica; 2° Assenza della difesa muscolare; 3° Ipotermia; 4° Il contrasto della eccezionale gravità dello stato generale con sin-

tomi obbiettivi relativamente lievi; 5° La non completa chiusura dell'alvo.

Nel caso nostro, si può dire, questi sintomi mancavano quasi tutti. L'ammalata aveva vomito continuo, ostinato, eruttazioni, singhiozzo, ventre enormemente tumido, dolentissimo su tutti i quadranti su cui la palpazione destava vivissima difesa muscolare, polso piccolissimo, *facies* peritoneale, l'emissione delle feci completamente arrestata e neanche con enteroclismi ripetuti si potè ottenere la minima fuoruscita di gas e di contenuto intestinale.

Come si fa a non pensare ad una peritonite da perforazione o ad un'occlusione intestinale?

Il sintoma che dà il Lund per la diagnosi dfferenziale è basato essenzialmente su fatti subbiettivi e quindi per la sua variabilità è poco attendibile. Egli dice: nella peritonite da perforazione di un'ulcera gastrica il dolore epigastrico è più intenso che nella pancreatite, così un dolore lieve alla pressione profonda starebbe per l'infiammazione del pencreas, mentre un dolore intenso ad una pressione moderata per un'*ulcus*.

Per escludere l'occlusione intestinale, altri autori insistono sulla mancanza del meteorismo, sulla poca insistenza del vomito, sulla incompleta chiusura dell'alvo. Nel caso nostro, ripeto, nulla di tutto ciò. Il ventre presentava invece un notevole meteorismo, il vomito era continuo, ostinato, l'alvo perfettamente chiuso a feci e gas.

Ed anche l'indacanuria segnalata dal Kraft è un sintoma di scarso valore, sia perchè esso si manifesta anche per cause risiedenti in altri organi, sia per l'incerto significato che esso può avere; si può infatti metterlo in rapporto colla stercoremia conseguente all'occlusione intestinale più che coll'affezione pancreatica.

Noi quindi riteniamo col Robson che nella pancreatite emorragica i sintomi sono così indeterminati da rendere impossibile la diagnosi. Non senza ragione il Kurt al XXII congresso della società tedesca di chirurgia diceva: non conosco casi nei quali la diagnosi fosse stata fatta prima dell'operazione o della necroscopia.

Io credo però che l'anamnesi possa molte volte indirizzare il giudizio clinico. S'indaghi se il malato ha sofferto mai di litiasi biliare, causa frequente di pancreatite, se è stato mai itterico, se ha avuto delle coliche epatiche, si insista sulla sede principale del dolore che in causa di pancreatite l'ammalato localizza sopratutto in vicinanza dell'ombelico, un poco al di sopra ed a destra; s'interroghi se nelle probabili crisi passate il dolore ha conservato la stessa sede, ecc. Ma quando, come nella nostra paziente, l'anamnesi è perfettamente muta e la malattia si presenta in modo acutissimo con dolori violenti diffusi a tutto l'addome eruttazioni, vomito copioso e continuo, chiusura dell'alvo, meteorismo accentuato e con uno stato gravissimo di collasso (faccia ed estremità fredde e cianotiche, ipotermia, polso piccolissimo, frequentissimo, ecc.) la diagnosi è assolutamente impossibile e non si può pensare che ad un'occlusione intestinale o ad una perforazione. La diagnosi diventa più agevole nel caso si riesca a notare un tumore pancreatico. Così una raccolta cistica od un tumore che sviluppatosi direttamente in avanti nell'interno della cavità dell'epiploon e facendo scomparire questa cavità spinga in alto lo stomaco verso il fegato e distendendo il legamento gastrocolico raggiunga la parete anteriore dell'addome circondato inferiormente dal colon, può far pensare ad un'affezione infiammatoria o neoplastica del pancreas. E quando insieme a questo tumore si possa notare un difetto di funzione dell'organo, come la steatorrea, la glicosuria, l'azoturia, la diagnosi diviene sempre più probabile. Purtroppo però la posizione anatomica dell'organo situato profondamente nella retrocavità dell'epiploon e gli stretti rapporti di vicinanza di esso cogli organi splancnici fanno facilmente confondere i sintomi derivanti da una pancreatite con quelli conseguenti a processi patologici degli organi vicini. Così il dolore localizzato all'epigastrio, il vomito, l'ittero, possono riferirsi ad alterazioni dello stomaco, dell'intestino, del fegato, così un tumore sviluppatosi propric al disotto del fegato il quale per giunta può trovarsi ingrandito per epatite interstiziale da stasi biliare dovuta alla compressione del tumore pancreatico sul coledoco o sull'ampolla del Vater, può far pensare ad una affezione epatica o colecistica, così altre volte il tumore sviluppandosi sotto l'arco costale di sinistra si mette in rapporto immediato colla milza e, confondendo la propria ottusità con quella di quest'organo, ci orienta verso un'affezione splenica, come successe a Trombetta ed a Gould. Altre volte ancora comprimendo l'uretere ed il rene può dar dolori nella regione compressa ed alterazione della secrezione orinaria così da far pensare ad una idronefrosi intermittente, come in un caso di Mariani ed in un altro d'Israel.

Anche quando esiste un tumore pancreatico quindi la diagnosi è difficile e potrebbe esser rischiarata solo dalla puntura esplorativa. Ma questo mezzo diagnostico decisivo è sconsigliato perchè può essere causa di emorragia interna, può dare origine a fatti peritoneali (Kocher, Kuster), ed inoltre, siccome lo stomaco è situato davanti al pancreas, può essere espo-

sto a perforazione, come pensano Karensky Rotter.

Concludendo: si può fare una diagnosi di probabilità quando si riesce a localizzare il dolore e la difesa muscolare un poco al di sopra ed a destra dell'ombelico, quando si rileva un contrasto della eccezionale gravità dello stato generale con sintomi obbiettivi relativamente lievi, una cianosi intensa del viso ed un'ipotermia notevole, sintomi questi a cui in questi ultimi tempi s'è voluto dare grande importanza quando infine insieme al sintoma di Kraft (indacanuria) si può constatare un difetto di funzione pancreatica (steatorrea, glicoscuria ed azoturia).

Se poi nell'anamnesi risulta che il paziente è andato nel passato soggetto a ricorrenti accessi di dolori epigastrici, accompagnati da vomito, ittero, ecc., e coi sintomi surriferiti si riesce a localizzare un tumore nella regione superiore dell'addome tra l'apofisi xifoide e l'ombelico al centro del quale il suono di percussione è ottuso, mentre alla periferia è timpanitico, e se dilatando lo stomaco con gas riconosciamo che coll'aumento di volume di esso il tumore viene in parte ricoperto ed insufflando il colon questo si sposta in alto e fa diminuire così l'ottusità assoluta del tumore, la diagnosi s'impone. Ma quando, come nel caso nostro, non esiste alcun tumore e la malattia si manifesta acutamente con dolori diffusi a tutto il ventre, vomito ostinato, tensione enorme dell'addome, alvo chiuso a feci e gas, *facies* peritoneale e sintomi gravissimi di collasso, non si può pensare che ad un'occlusione intestinale o ad una peritonite da perforazione. E la diagnosi spesse volte riesce difficile, come è successo a noi, anche all'atto operativo. Ne fanno fede i casi di Wolfram e di altri valenti chirurghi.

Per cui è consigliabile, prima di chiudere il ventre (cosa che fu da noi erroneamente trascurata), di prelevare una certa quantità di liquido, che quasi sempre si trova libero nella cavità peritoneale, e sottoporlo a conveniente esame a scopo diagnostico. Basta infatti, come consigliano alcuni autori, filtrarlo per ottenere un liquido limpido di colorito giallastro in cui si pone dell'amido a digerire in termostato a 37° ed il giorno dopo decantando il liquido si ottiene col processo del Felhing e colla fenilidrazina un'intensa reazione dello zucchero, che può esser decisiva per la diognosi.

***

Un quadro così grave e così oscuro ha attirato l'attenzione di molti studiosi, i quali con lavori anatomici e sperimentali si sono dati ad indagarne la patogenesi, che, malgrado ciò rimane ancora incerta. Il primo a formulare una teoria al proposito fu il Balzer e dopo di lui il Chiari. Ambedue per diverse vie vennero alla stessa conclusione. Il Balzer difatti attribuendo la necrosi del grasso intra- e peripancreatico ad un'esuberante proliferazione abnorme del tessuto adiposo, che porterebbe alla morte delle cellule centrali del focolaio proliferativo, ed il Chiari attribuendo, invece che ad una proliferazione, ad una degenerazione delle cellule adipose, si trovarono d'accordo nel ritenere che la malattia non avesse alcun rapporto col pancreas e che fosse primitiva del grasso addominale.

Contro questa teoria insorse dapprima il Langherans e quindi il Fitz, i quali insieme attribuirono la malattia a lesioni pancreatiche, ma queste per il primo erano dovute a batterii, per il secondo ai fermenti pancreatici. Così sorsero due nuove teorie: la teoria batterica e quella fermentativa. E queste due teorie, per quanto il Leitz ed il Fraenkel vollero ancora mettere in onore la vecchia teoria del Balzer, ritenendo che il tessuto adiposo addominale fosse il primo ad ammalarsi, hanno con diversa fortuna dominato le osservazioni degli studiosi sull'argomento.

La teoria batterica fu sostenuta da Bonfick, Dieckhoff, Fitz, Witney, i quali coltivando i prodotti di necrosi trovarono alcune volte lo stafilococco, altre volte il *bacterium coli*, sul quale richiamò l'attenzione specialmente l'Hlava. Ma questa teoria fu dapprima discussa e quindi messa in dubbio con larga base sperimentale dal Langherans, Hildebrand, Flexner, Williams, finchè dopo il lavoro del Franhart nel 1902 si può dire che cominciò a tramontare e fu messa in onore quella fermentativa.

Questa fu difatti appoggiata da una serie numerosa di esperienze che si possono dividere, secondo Hess, in quattro gruppi:

1° Iniezioni di grasso nei dotti eiaculatori del pancreas (Hess, Eppinger, Guleke, Rossbans).

2° Legatura dei dotti escretori del pancreas (Lombroso, Rosenberg, Hildebrand).

3° Iniezione di bile nei condotti escretori del cane (Guleke, Flexner, Opie).

4° Iniezione nei dotti di contenuto duodenale (Polya).

Per Hess il fattore principale del quadro morboso è dato dalla steapsina, la quale non ha bisogno di essere attivata ed agisce appena viene in contatto col grasso.

Polya e Leydel invece attribuiscono importanza maggiore alla tripsina, la quale inattiva non nuoce (Hlava), ma che invece attivata

dall'enterochinasi oppure dai batterii, da certi sali o da siero, produrrebbe un'autodigestione del pancreas e la steatonecrosi sarebbe l'effetto della scissione del grasso operata dal succo pancreatico, versatosi fuori della glandola pel processo suddetto di autodigestione.

Una terza teoria in questi ultimi tempi avanzava il Maragliano. Egli, pur combattendo l'origine batterica della malattia, non la crede dovuta a prodotti di autolisi del pancreas (saponi, fermenti), ma ad un complesso di prodotti tossici sviluppatisi fra i fermenti pancreatici ed il grasso addominale. Infine più recentemente il Niosi, prendendo le mosse dai lavori sperimentali del Polya, Hlava, William e di Flexener, ha fatto una serie di esperienze, di cui alcune non tentate da altri autori, ed ha rischiarato molto la quistione.

Egli in una serie di esperimenti ha iniettate nel dotto pancreatico una miscela batterica ottenuta unendo a parti eguali colture aerobiche ed anaerobiche di contenuto intestinale, ed in un'altra serie invece ha iniettato germi virulenti isolati da lesioni chirurgiche (*bacterium coli*, stafilococco, streptococco, ecc.).

In ambedue i casi ha avuto risultato negativo ed ha potuto escludere in modo assoluto che il processo morboso possa avere un'origine batterica.

Con un'altra serie di esperienze poi, producendo una fistola pancreatica interna e quindi un versamento di succo pancreatico nella cavità peritoneale col minor trauma possibile in alcuni casi ed in altri invece con traumi variabili (contusioni, schiacciamenti, lacerazioni superficiali e profonde del pancreas) ha avuto la produzione della steatonecrosi in proporzioni più o meno estese, e la sintomatologia presentata dagli animali di esperimento è quasi simile a quella dell'uomo.

Egli ha potuto così venire a confermare sempre più l'asserto che la steatonecrosi è un processo di natura chimico dovuto unicamente all'azione del succo pancreatico.

Essendo stata mia intenzione di trattare il caso solo dal punto di vista clinico non ho voluto che fare una rapida rassegna delle teorie più in voga sulla patogenesi della affezione senza avere la minima pretesa di prendere le mosse dal mio caso per far critiche e deduzioni. Ho trascurato quindi a bella posta il lato sperimentale del caso attenendomi rigorosamente a quello clinico. Passo quindi alla parte curativa, che mi sembra dal mio punto di vista di capitale importanza.

Dato il decorso violento dell'affezione, la grande tendenza dei malati al collasso e la mancanza di una indicazione operatoria definita, non deve far meraviglia se la maggior parte degli autori aveva creduto fino a non molti anni fa che non si dovesse operare nello stadio acuto della malattia, ma solo nel secondo stadio sub-acuto o cronico. Ma dacchè l'Halsted e l'Hahn ottennero coll'intervento precoce due guarigioni, questo criterio di astensione si andò modificando, finchè lo stesso Bergmann, che era uno dei sostenitori del *noli me tangere* nel periodo acuto del male, mutò la propria opinione. Nel 1895 infatti operò con successo un caso di necrosi acuta del pancras e venne alla conclusione che l'intervento precoce può prevenire l'ulteriore svilupparsi delle conseguenze: necrosi e suppurazione.

Ormai è stabilito che l'intervento non soffre alcuna controindicazione ed è il solo mezzo che può dare una probabilità di guarigione. Del resto nella maggior parte delle volte, come nel caso nostro, l'operazione non viene neanche discussa, poichè i pazienti si presentano con una sindrome così nettamente peritoneale e la diagnosi di occlusione o di perforazione intestinale, unica possibile in queste contingenze, non lascia adito ad esitazioni. Aperto il ventre e precisata l'origine pancreatica dell'affezione dal liquido sanguinolento che esce dalla ferita laparotomica e dalle caratteristiche macchie di cera che si vedono sull'epiploon ed altrove, se la cosa è appena possibile si deve mettere allo scoperto il pancreas procedendo preferibilmente per la via più ampia e più breve attraverso il legamento gastrocolico, secondo insegna il Kronlein ed il Durante. Qualche volta però può essere indicata la via trans-mesocolica o quella attraverso il piccolo epiploon (Trigomi, Boekel, Kort) se la tumefazione pancreatica si presenta più sporgente in queste regioni. Alcuni autori ricorsero al taglio lombare. Ceccherelli indicò una via transpleurale, Mayo Robson un'incisione nel fianco per operare extraperitonealmente. Ma questi ultimi metodi vanno presi naturalmente in considerazione solo in quei casi rarissimi in cui si può prima dell'atto operativo stabilire l'origine pancreatica dell'affezione. Scoperto il pancreas lo si drena direttamente in modo che tutto il secreto fluisca all'esterno, come consiglia il Von Haleser, senza che possa così spandersi nel cavo peritoneale. Si effettua quindi un tamponamento, sia della grande che della piccola fossa omentale attraverso il mesocolon trasverso.

Si devè drenare e tamponare.

Col tamponamento, dice l'Haleser, otteniamo una rapida delimitazione del focolaio morboso dalle parti vicine, col drenaggio assicuriamo delle favorevoli condizioni di deflusso verso l'esterno. Alcuni autori consigliano di praticare

delle incisioni sul corpo del pancreas, ma esse non sono consigliabili, sia perchè inefficaci e sia perchè inducono il pericolo di un'emorragia grave. È più consigliabile scapsulare l'organo per diminuirne la tensione.

Alcuni autori, preoccupati dei fenomeni di occlusione intestinale inerenti alla malattia insieme al drenaggio del pancreas, hanno creduto opportuno praticare la colostomia. Ma oramai è risaputo che quei fenomeni non dipendono da un'ileo, ma sono l'effetto della grave intossicazione, per cui questo intervento non ha trovato seguaci. Speciale importanza va data alla cura post-operativa, poichè l'allontanamento dello zaffo nei casi di necrosi acuta del pancreas porta seco gravi pericoli. Difatti in ogni forma settica peritoneale si può contare sui processi adesivi della sierosa, mentre nei casi di necrosi pancreatica il fermento digerente della glandola ostacola questa tendenza adesiva della sierosa peritoneale, per cui bisogna tener conto di questo fatto nella cura post-operativa.

Il drenaggio ed il tampone quindi devono essere lasciati in sito per un tempo maggiore che nelle altre affezioni peritoneali. Così si evita anche l'altro pericolo a cui espone il precoce cambiamento degli zaffi: l'emorragia dei tessuti necrotici e specialmente dei grossi vasi erosi.

L'Haleser a questo proposito consiglia di lasciare in posto i tamponi sette giorni, cambiando quotidianamente la medicazione superficiale. Al settimo giorno egli comincia a smuovere i tamponi e solo al 10° o 12° giorno li estrae del tutto. Egli inoltre, considerando che nei casi di abbondante secrezione questa si raccoglie copiosamente dietro i tamponi e produce così non solo una ritenzione, ma una recidiva della malattia, poichè può così diffondere il processo nella profondità, attribuisce a quest'ultimo fatto gl'insuccessi avuti da molti autori.

Consiglia pertanto di disporre i drenaggi in modo che sia provveduto al deflusso completo del liquido, ciò che si ottiene circondando con una corona di tamponi i drenaggi che devono giungere fino al punto più basso della ferita.

Nel caso nostro si dovette intervenire *in articulo mortis*, quando l'inferma anurica, stercoremica ed in collasso non ci dava nulla da sperare. Non potemmo quindi che svuotare l'essudato peritoneale e tamponare.

BIBLIOGRAFIA.

ALESSANDRI R. *Sulla così detta necrosi grassosa del pancreas.* — Atti della R. Accademia medica di Roma, 1901. Seduta del 21 nov. 1901.

BALSER. Virchows Arch., Bd. 90, 1882.

BENDA C. *Eine makro und mikrochemische Reaktion der Fettgewebsnekrose.* — Virchows Arch., 1900, Bd. 161.

BENEKE. Deutsche med. Woch., 1904, n. 36.

BERGWANN u. GULEKE. *Zur Theorie der Pankreasvergiftung.* Münch. med. Woch., 1910, n. 32.

BOZZOLO C. *Un caso di necrosi grassa con necrosi pancreatica.* — Atti della R. Accad. di med. di Torino, 1904.

BONUZZI e VANZETTI. *Pancreatite acuta degenerativa a tipo emorragico.* — Atti della R. Accad. med. di Torino, 26 gennaio 1900.

CEVIDALLI A. e LEONCINI. *Ricerche sulle alterazioni cadaveriche del pancreas.* — Lo Sperimentale, 1907, pag. 565.

EPPINGER H. *Zur Pathogenese der Pankreasfettgewebsnekrose.* — Zeitschr. f. exp. Path. u. Ther., 1905.

FLEXNER. *Experimental pancreatitis.* — Johns Hopkins Hosp. Rep., Vol IX.

HLAVA. Bull. intern. de l'Acad. de Scienc. de Bohême, 1898; Arch. Bohême. 1890, 4.

JUNG. Diss. Göttingen, 1895.

ISRAEL. Deutsch. med. Woch., 1900, n. 22.

LATTES L. *La patogenesi della intossicazione pancreatica.* — Pathologica, 1912, 1° ottobre, n. 94.

ID. *Sulla attivazione del secreto pancreatico.* — Archivio di farmacologia sperimentale e scienze affini, vol. XIV, 1912.

ID. *Sur l'action toxique du suc pancréatique.* — Arch. ital. de biologie, 1912, pag. 415.

MARAGLIANO. *Le cause della morte per necrosi pancreatica.* — Il Policlinico, Sez. Chirurgica, 1912, pag. 49.

GESSNER A. *Ueber Pankreasnekrose.* — Zeitschr., f. Chir., Bd. 54, 1900.

POLYA T. *Die Wirkung des Trypsins auf das lebende Pankreas.* — Pflügers Arch., Bd. 121.

ROSENBERG. Pflügers Arch., Bd. 70, 1898.

MARTINOW. *Chirurgie des Pankreas*, 1897.

APIE. Johns Hopkins. Hospit., Rep., vol. 9°; Johns Hopkins Hospit., Bull., Bd. 12, 1901; Amer. Journ. of the med. Scienc., 1901; Journ. of exper. Med., 1901, 5.

OSLER. *Akute Pankreatitis.* Münch. med. Woch., n. 37, 1907.

ROGER et GARNIER. *Toxicité du contenu intestinal.* — C. R. Société Biologie, 1905; II 388-674, 677.

LEITZKE. Wien. Klin. Woch., 1905, n. 45.

BRUGNATELLI E. *Esperienze sulla patogenesi della sindrome di necrosi pancreatica.* — Boll. della Soc. med.-chirurg., Pavia, 1909.

CHIARI HANS. Prag. med. Woch., 1883-1900.

DIEULAFOY. Presse méd., 1908, pag. 513.

FRUGONI e STRADIOTTI. *Experimenteller Beitrag zur Kenntnis der Fettgewebsnekrose.* Berl. Klin. Woch., 1910, n. 9.

ID. *Contributo alla conoscenza delle cistosteatonecrosi.* Archivio per le scienze mediche, 1910.

GIORDANO N. *Contributo alla conoscenza degli ascessi retroepiploici da pancreatiti suppurate.* — La Clinica chirurgica, 1900, n. 4.

HESS O. *Experimentelle Beiträge zur Aetiologie der Pankreas und Fettgewebsnekrose.* — Münch. med. Woch., 1903, n. 44.

ISRAEL. Deutsch. med. Woch., 1889, n. 51.

MARCHIAFAVA. *Necrosi del grasso peripancreatico e del pancreas.* Bollettino della Società Lancisiana degli Osp. di Roma, 11 maggio 1895.

MARX. *Ueber Fettgewebsnekrose und degeneration der Leber bei Pankreatitis haemorrhagica.* — Virch. Arch., Bd. 165, 1901.
PIERI. Rivista ospitaliera, 1913, n. 1.
SAWYEL. *Some observations on fat necrosis.* — Lancet, 1909.
SIMMONDS. *Zur Frage der disseminierten Fettgenebsnekrose.* Münch. med. Woch., n. 33, 1904.
PANUM. Virchows. Arch., Bd. 35.
PAUL. Boston Med. Surg. Journ., 1894.
OSER. *Erkrankungen des Pankreas.* — Nothnagels spez. Bot. u. Ther., Bd. 18.
VERDOZZI. *Sulla necrosi del grasso perpancreatico e del pancreas.* — Atti dell'VIII Riunione della Soc. Italiana di Patologia; lo Sperimentale, 1913.
ZUNZ et MAGER. Bull. de l'Acad. de Belgique, tome 19°, 1903; Mém. de l'Acad. de Méd. de Belgique, tome 18°, 1906.
ALBRECHT. *Pathologie der Bauchspeicheldrüse. erg. der. allg.* — Path. Anat., 1912, pag. 783

NOTE E CONTRIBUTI.

Ascessi perianali bilaterali

Dott. EUGENIO PIRONDINI.

A non lunga distanza di tempo mi occorse di vedere due infermi in cui la diagnosi era « ascesso perianale bilaterale ». Vi era, infatti, da entrambi i lati dell'orifizio anale, tra qu[illegible]sto e la tuberosità ischiatica (base della f[illegible]ssa ischio-rettale), un blocco di infiltrazione.

Ma colpiva un primo fatto: in corrispondenza di questo blocco la cute aveva assunto un aspetto necrotico, e dai punti colliquati fuoriusciva scarso liquido tenue di aspetto icoroso.

E lo stato generale era ben più grave di quanto generalmente si osserva nei comuni ascessi perianali!! Non vi era febbre, ma il polso e la respirazione erano frequentissimi, il volto e le estremità lievemente cianotiche, la lingua aridissima. Uno stato di benessere nascondeva la gravità della sindrome; ma questo falso benessere era una euforia, e se a suo tempo fosse stato bene rilevato, avrebbe dovuto invece che velare, porre in maggiore evidenza tutta la gravità della sindrome.

In entrambi gli infermi il perineo anteriore aveva un aspetto del tutto normale. Eppure, malgrado ciò, malgrado la anamnesi muta per l'uretra, pensai subito a una infiltrazione urinosa: la bilateralità della infiltrazione e la gravità dello stato generale dovevano imporre questo sospetto.

L'esame dell'uretra dimostrò che entrambi gli infermi erano ristretti, e nell'uno passò a stento una minugia che permise la uretrotomia interna immediata.

Non appena esplorata l'uretra, fu formulata una prognosi di estrema gravità.

Entrambi gli infermi furono immediatamente operati: in entrambi l'atto operativo dimostrò che vi era una necrosi cancrenosa massiva di spaventosa estensione che colpiva le fosse ischio-rettali, gran parte del perineo e una parte delle regioni glutee. Questa necrosi che non si accompagnava a raccolta liquida alcuna, che aveva scollato il retto per un lungo tratto, e che di molto oltrepassava i limiti chirurgicamente dominabili, bene spiegando il gravissimo quadro, riconfermò la diagnosi e fece ribadire la estrema gravità della prognosi.

Infatti, entrambi gli infermi morirono rapidamente in preda a una sindrome per eccellenza saproemica.

***

Si sia sempre più che mai guardinghi e riservati quando in un infermo compare un ascesso perianale bilaterale. Si osservi bene allora lo stato generale, e si pensi sempre anche all'uretra. Si ricordi che non sono rari gli infermi che giungono a un alto grado di stenosi uretrale rilevando ben poco, a volte anzi nulla, e che non sono rari neppure quei casi in cui una spaventosa infiltrazione urinosa insorge benchè la stenosi non abbia raggiunto ancora un altissimo grado.

Si ricordi che vi sono due tipi fondamentali di infiltrazione urinosa:

L'uno è quello abituale della loggia perineale inferiore o del pene: in questo tipo la infiltrazione parte da un punto della uretra anteriore — da un punto posto quindi al di qua della aponeurosi perineale media — e tende a invadere rapidamente il perineo anteriore, lo scroto, il pene, le regioni inguinali.

Ma si ricordi che vi è un altro tipo di infiltrazione: tipo magistralmente descritto da Tillaux, e poco noto. Poco noto perchè per fortuna più raro, ma ancora più grave di quello abituale.

È questa la infiltrazione che parte dall'uretra posteriore — da un punto posto quindi al di là della aponeurosi perineale media. In questo tipo, la infiltrazione — come dice Tillaux «... invade la porzione anale del perineo e le fosse ischio-rettali, scolla completamente il retto; e ascende più o meno nella cavità pelvica. Il pene, lo scroto e la parete addominale rimangono assolutamente intatti. Questa varietà di infiltrazione è più grave di quella che avviene nella loggia inferiore o del pene; ha un decorso subdolo e di solito non è riconosciuta se non quando i guasti sono irrimediabili. È dunque ben difficile combatterla anche al suo inizio...».

Spessissimo questo tipo di infiltrazione urinosa si manifesta a un dato momento con una infiltrazione ai due lati dell'orifizio anale.

Di fronte a tale lesione pensi dunque sempre il medico a una infiltrazione urinosa di origine superiore, specialmente se cause rettali ben definite non possono essere invocate. Osservi bene lo stato generale, e accentui i sospetti se rileva qualcosa di grave e poco spiegabile.

Comunque, richieda di urgenza l'intervento del chirurgo e formuli intanto le opportune riserve prognostiche.

Se vorrà andare più in là tanto meglio ancora, e se esplorerà la uretra e troverà una stenosi potrà fare la diagnosi esatta e richiedere di urgenza l'intervento del chirurgo dopo di avere formulato una prognosi di estrema gravità, se non assolutamente infausta.

OSPEDALE CONSORZIALE DI RONCIGLIONE.

Sull'anuria riflessa calcolosa

per il dott. ARMANDO SALA, direttore-chirurgo.

A... M..., di anni 43, donna di casa, da Caprarola, coniugata. È stata sempre bene, mai mestruata, nessuna gravidanza. Non lues. Il 1° giugno 1916 fu presa improvvisamente da un violento dolore al fianco destro, immediatamente seguito da vomito. Per alcuni giorni continuò ad accudire alle sue faccende. Il dolore non si irradiava; poteva urinare e l'alvo era aperto. Non febbre.

L'11 giugno 1916, ossia circa 10 giorni dopo, si presentò all'ambulatorio dell'ospedale di Ronciglione; riscontrai: una tumefazione dolente a limiti indistinti, che occupava la regione lombo iliaca destra. L'inferma rifiutò il ricovero all'ospedale e tornò in casa dove restò per qualche altro giorno, ma persistendo il vomito ed il dolore venne poi ricoverata.

Esame obiettivo. — Donna robusta, statura media, sviluppo scheletrico e muscolare regolare, lingua secca arrossata, faccia non sofferente, polso 76 regolare, ritmico a pressione normale; respiro toraco-addominale. Sanguificazione buona, pannicolo adiposo discreto. Nulla di notevole negli organi toracici. Addome lievemente tumido, cicatrice ombellicale rientrante, le pareti addominali sono mobili con i movimenti respiratori. Si provoca il vomito se si tocca l'epigastrio. Si palpa nell'ipocondrio destro una tumefazione della grandezza e forma di un grosso rene, di consistenza elastica, a limiti abbastanza netti verso l'epigastrio, indeterminati in basso, immobile con i movimenti respiratori; non si palpa il margine epatico nè il polo superiore del tumore. La percussione su di esso dà suono timpanico, però ottuso sul fianco. Dolente è la pressione sulla tumefazione, dolentissima sui punti ureterici, e lungo il decorso dell'uretere. Poco dolente è il punto di M. B. Ha sete intensa, vomito incoercibile, alvo aperto; ed emette gas. Le urine vanno diminuendo, e il giorno 24 non urina più, onde viene cateterizzata: si estraggono 10 cmc. di urina color acqua di carne fortemente albuminurica, di cui l'esame microscopico rivela numerose emazie, qualche leucocito, qualche cilindro ematico.

L'esame ginecologico rivela atresia della vagina con infantilismo dei genitali esterni. L'esame rettale è negativo, non si palpa l'utero dal retto, ed è dolente la pressione del dito sul fondo vescicale. Di fronte alla alterazione congenita degli organi genitali, si sospetta che il rene destro oltre che ectopico possa essere unico. Anche per tale sospetto, si consiglia una cistoscopia, ma l'inferma la rifiuta recisamente. Rapidamente le condizioni si aggravano: sopravvengono singhiozzo ed anuria. Colla diagnosi probabile di torsione del peduncolo renale destro ectopico, decido una lombotomia esplorativa che eseguo il 25 giugno con rachianestesia novocainica alta, gr. 008, positiva. Colla incisione di Mayo Robson si scopre un rene grosso in posizione lombo iliaca; non si trovano però nè torsione del peduncolo nè calcoli nella pelvi. In questo momento si vorrebbe fare la nefrotomia e il cateterismo retrogrado dell'uretere, ma le condizioni dell'inferma si aggravano d'improvviso, onde rapidamente si chiude la ferita.

Decorso post-operatorio. — Persiste anuria: condizioni generali gravissime, sensorio ottuso, qualche scossa convulsiva e la donna muore il giorno 28 in coma di carattere uremico.

L'autopsia eseguita parzialmente conferma quanto dall'esame obbiettivo esterno si era stabilito circa l'assenza dell'utero e delle ovaie. Come si era sospettato, il rene sinistro manca; mancano anche i vasi renali di sinistra e la surrenale. Il rene destro è di grandezza doppia della normale, trovasi in posizione lombo-iliaca e con il suo polo superiore aderisce fortemente alla testa del pancreas, e al duodeno. Il parenchima non è alterato, e si mostra vuoto di sangue. La pelvi contiene qualche centimetro cubo di urina color terreo, e l'interno di questa è zigrinata di sabbia e renella. L'uretere, che però ha un angolo di inserzione normale, è di calibro quasi doppio del normale ed in vicinanza del suo sbocco in vescica, vi si trova un piccolo calcolo urico grande come un pisello che peraltro *non ostruisce completamente* il lume di esso. La vescica è vuota di urine e normale.

Ho voluto riferire il caso perchè mi sembra interessante dal doppio punto di vista patogenetico e diagnostico. È importante dal *punto di vista patogenetico* perchè mi sembra veramente dimostrativo della possibilità dell'anuria calcolosa escretiva e secretiva: difatti nel nostro caso il piccolo calcolo non bloccava completamente l'uretere e non vi fu anuria immediata, onde la secrezione renale dovette essere diminuita e poi abolita dal riflesso unilaterale inibitorio. Per quanto riguarda la *diagnosi* poi:

l'inizio brusco, il tipo colico del dolore, l'assenza di febbre, l'alvo aperto, e le ottime condizioni generali della inferma, che potè accudire per un certo tempo alle sue ordinarie faccende domestiche, inducevano a escludere qualsiasi lesione a carico del peritoneo e del cavo addominale. D'altra parte la sede della tumefazione, l'ematuria, con il vomito incoercibile e violento, l'oliguria procedente fino all'anuria, orientavano verso una lesione renale. Per la colica renale di origine calcolosa mancava ogni precedente anamnestico e il volume della tumefazione che occupava la regione lombare non giustificava il sospetto di una calcolosi, a meno che non si pensasse ad una uronefrosi concomitante. Mi orientai verso una torsione di un rene destro ectopico, sospetto diagnostico fondato per la oliguria progressiva fino alla anuria e per la forte quantità di sangue trovata nelle urine raccolte in vescica. Sospettai anche la unicità del rene destro per la *coesistenza delle alterazioni congenite degli organi genitali*. È noto, infatti, che molto spesso alterazioni congenite degli organi genitali e urinari coesistono.

Forse la cistoscopia ed il cateterismo ureterale avrebbero illuminato sulla presenza di un unico rene, e il cateterismo forse avrebbe potuto rimuovere il piccolo calcolo già spinto fin quasi in vescica, ma l'inferma rifiutò ripetutamente tali indagini. Finalmente è chiaro in tal caso una ultima dimostrazione: la necessità di far sempre in tali casi la nefrotomia e il cateterismo retrogrado dell'uretere.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

L'influenza della gravidanza sulla evoluzione della tubercolosi polmonare e pleurale. L'anergia tubercolinica nel caso di gravidanza. Allattamento e tubercolosi.

(P. NOBÉCOURT e J. PARAF. *Presse Méd.*, 18 febbraio 1920).

I medici antichi ritennero che la gravidanza non avesse alcuna azione nociva sulla tubercolosi. Numerosi osservatori più tardi richiamarono l'attenzione sul fatto, che il concepimento esercita un'influenza sfavorevole, talvolta veramente disastrosa, sulla evoluzione della tubercolosi.

Due fattori devono essere considerati: la forma tubercolare e l'epoca della gravidanza. Si è visto che le tubercolosi fibrose, torpide, anche cavitarie, quali si osservano generalmente nelle pluripare, possono non essere aggravate: le tubercolosi male spente o in evoluzione vengono bruscamente attivate.

Le prime settimane che precedono e seguono il parto costituiscono la fase critica.

L'interruzione del parto, che fu proposta, non ha risposto all'attesa, in quanto che nel 30 % dei casi il parto prematuro o l'aborto provocato sono seguiti da una evoluzione tubercolare.

Nobécourt e Paraf riferiscono le osservazioni su 23 ammalate, le quali confermano le premesse fatte e danno agio di fare alcune constatazioni.

Fra le ammalate, alcune erano affette da lesioni fibrose (4 casi), altre da lesioni polmonali ulcero-caseose (11 casi), altre infine da congestioni polmonali o pleuro-polmonali e da pleuriti clinicamente primitive.

Delle 4 pazienti del primo gruppo: l'una aveva 18 anni, le altre 32, 37, 38. La prima era alla seconda gravidanza, le altre alla terza, quarta, settima. Avevano avuto emottisi, uno, due o quattro anni prima: erano apiretiche. Si constatavano dei segni di sclerosi apicale, confermati dalla radioscopia. La cutireazione alla tubercolina era nettamente positiva. Queste donne hanno partorito dei bambini di peso normale: il loro puerperio è stato normale e non hanno presentato alcun risveglio della tubercolosi. Tre hanno allattato in buone condizioni.

Delle undici donne affette da tubercolosi polmonale ulcero-caseosa, nove erano primipare, dell'età tra i 18 e i 22 anni: un'altra, di 23 an-

ni, aveva avuto due anni prima un bambino attualmente bene sviluppato; un'altra infine, di 36 anni, era alla quinta gravdanza. In quattro casi la tubercolosi era manifestamente anteriore alla gravidanza: nelle altre l'inizio apparente si era manifestato solamente nel corso di questa ultima: ma negli antecedenti si ritrovavano delle adenopatie (2 casi), delle bronchiti tenaci (2 casi), delle pleuriti (2 casi), una coxalgia.

La radioscopia del resto dimostrava l'esistenza d'adenopatie tracheo-bronchiali, che rivelavano una affezione antica.

Una sola volta l'evoluzione della tubercolosi caseosa si presentò al quinto mese, determinando l'aborto e poco dopo la morte dell'ammalata.

Nelle altre donne i sintomi iniziarono poco tempo dopo il parto. Insorse febbre: la temperatura si mantenne continua intorno ai 40 gradi o presentò delle grandi oscillazioni: l'ammalata era cianotica e dimagriva rapidamente. Accanto alle lesioni polmonali antiche si rilevava la presenza di focolai disseminati di broncopolmonite.

L'espettorato conteneva bacilli di Koch.

Si trattava di broncopolmoniti tubercolari acute che in 8 casi determinarono la morte in meno di sei settimane.

In due casi le pazienti abbandonarono l'ospedale in condizioni gravi: l'una di esse aveva una laringite tubercolare acuta, che le impediva quasi completamente l'alimentazione.

Una donna di 18 anni fece eccezione: era affetta da una tubercolosi cavitaria dei polmoni, con febbre e bacilli di Koch nell'espettorato. Partorì al settimo mese un bambino del peso di kg. 2,830, il quale presentò a 36 giorni un'ulcera sifilitica dell'ombelico, con reazione di Wassermann positiva nel siero di sangue: morì poco dopo esente da lesioni tubercolari. La siero-reazione era ugualmente positiva nel siero sanguigno della madre: che sottoposta a trattamento specifico, vive ancora alla fine di dieci mesi, senza che il suo stato si sia sensibilmente aggravato. Forse è permesso di attribuire la lentezza di questa evoluzione allo sviluppo della tubercolosi in una sifilitica trattata da lungo tempo.

L'autopsia in tutti i casi dimostrò che i polmoni contenevano delle lesioni fibro-caseose cavitarie antiche ed erano disseminati di tubercoli broncopolmonali recenti, di grossezza e consistenza variabili: alcuni, in via di rammollimento, formavano delle piccole caverne, che dimostravano il carattere recente e acuto del processo. In un'ammalata esisteva inoltre una endocardite vegetante, la cui natura bacillare sembra probabile.

In otto pazienti gli autori videro sopravvenire delle congestioni pleuro-polmonali e delle pleuriti clinicamente primitive che presentavano caratteri particolari.

Di queste, dell'età tra i 18 e i 31 anni, cinque erano delle primipare, un'altra era alla seconda gravidanza, un'ultima alla terza. In quattro casi si ritrovava nell'infanzia l'esistenza di un'affezione con verosimiglianza tubercolare: pleuriti (1 volta), bronchiti ed emottisi (1 volta), adenopatie (2 volte). Inoltre l'esame radioscopico dimostrava l'esistenza di ombre bronchiali bilaterali, che attestavano dell'infezione tubercolare dell'infanzia.

Entrate in clinica in buone condizioni di salute, queste ammalate poco tempo dopo il loro parto erano state colte da febbre elevata, dispnea intensa e cianosi: dimagrivano rapidamente.

L'affezione in sei casi aveva avuto inizio quasi immediatamente dopo il termine della gravidanza, due volte alla fine del primo o del secondo mese. Quando l'inizio era stato precoce la febbre aveva potuto far pensare ad una infezione puerperale. All'esame del torace si constatava l'esistenza di un versamento pleurico di media abbondanza e di una congestione polmonale sottostante: il volume del versamento non bastava a spiegare la cianosi, che non si attenuava colla puntura. In due casi si trattava di spleno-pneumonite: malgrado l'esistenza dei sintomi, che facevano pensare alla presenza del liquido, le punture esplorative ripetute erano state negative.

Si constatavano inoltre in qualche caso, nello stesso polmone o nell'altro, dei rantoli sibilanti e anche dei focolari di sottocrepitanti fini, che rivelavano il processo bronchiale e broncopolmonale.

In queste ammalate la febbre è persistita elevata un mese e più: quattro hanno lasciato l'ospedale in buone condizioni generali: un'altra ha avuto, dopo la scomparsa del versamento, dei segni di tubercolosi polmonale e dopo qualche tempo dei segni cavernulari: migliorò lentamente. Due altre sono ancora in evoluzione. L'ultimo caso concerne una donna la quale era in perfetto stato di salute prima del parto.

Fu presa, nei giorni successivi, da febbre e dispnea, che furono attribuite dapprima a una leggiera infezione puerperale. All'ottavo giorno presentava un versamento sinistro di media intensità: ma la cianosi e la dispnea erano molto accentuate e non furono calmate dalla puntura evacuatrice.

La cutireazione era molto debole. Nei giorni seguenti la dispnea e la cianosi aumentarono: il dimagramento fu rapido. All'ascoltazione si percepivano dalle due parti dei rantoli sottocrepitanti e sibilanti. La morte sopravvenne al quidicesmo giorno e l'autopsia dimostrò l'esistenza di una tubercolosi malarica polmonale.

La natura tubercolare dell'affezione è stata dimostrata 7 volte su otto, collo studio del liquido pleurico e coll'esame dell'espettorato. In cinque casi, in cui esisteva, il liquido era siero-fibrinoso e aveva una formula linfocitaria: la reazione dell'antigene vi era positiva: tubercolizzava la cavia. In un altro caso l'espettorato conteneva per un breve periodo i bacilli di Koch. Tutte queste donne avevano avuto le cutireazioni alla tubercolina positive, d'intensità varia. Per tre di esse la reazione debole al momento dell'entrata è divenuta forte dopo la guarigione.

Inoltre in due casi fu rilevato un eritema nodoso tipico: l'inoculazione del sangue alla cavia diede risultato negativo.

Per spiegare l'aggravarsi della tubercolosi sono state proposte diverse teorie: Hanot pensava che la disgregazione dei focolai tubercolari, sotto l'influenza della gravidanza, determinasse un'ondata tubercolare. Schmort, Sitzenberg, per i quali la tubercolosi placentare era frequente, hanno indicato la produzione e disseminazione dei tubercoli placentari.

Per A. Robin, la iperattività nutritiva determinata dalla gravidanza s'aggiunge a quella del terreno tubercolizzato ed esaurisce maggiormente le riserve muscolari. Sergent incrimina la decalcificazione brutale, che si produce dopo il parto, e l'affezione delle capsule surrenali, così comune durante la gravidanza. Begtrop invoca la modificazione nel metabolismo degli albuminoidi, che si verifica nel puerperio.

Qualunque sia la spiegazione ammessa, è certo che la resistenza dell'organismo all'infezione tubercolare diminuisce alla fine della gravidanza.

Lo studio delle reazioni alla tubercolina, parallele molto spesso, in un tubercoloso, alle reazioni d'immunità, forniscono un'indicazione interessante a tale riguardo.

Dalle ricerche praticate risulta che abbastanza spesso, nel 15 % dei casi circa, la cutireazione è modificata dal parto. Nelle pazienti affette da tubercolosi ulcero-caseosa la cutireazione è stata negativa prima e dopo il parto.

Nelle donne, clinicamente esenti da tubercolosi, la cutireazione è stata soppressa o diminuita nei primi giorni del puerperio, e in alcune la sua attenuazione ha coinciso con una manifestazione tubercolare (pleurite o congestione polmonale). In certi casi, dunque, la gravidanza, e sopratutto il parto, fenomeni fisiologici, determinano uno stato d'anergia tubercolinica, analoga a quella prodotta da diverse malattie infettive, e in modo particolare dal morbillo (Von Pirquet) o dall'influenza (R. Debré).

Le ricerche di numerosi autori hanno dimostrato che nei tubercolosi la diminuzione della sensibilità alla tubercolina coincide il più spesso con una diminuzione parallela dell'immunità. Questo stato di anergia, sopratutto accentuato dopo il parto, permette di spiegare il peggioramento che subisce in quel momento il processo tubercolare.

Spesso dunque alla fine della gravidanza e dopo il parto le tubercolosi polmonali subiscono un peggioramento e assumono un decorso acuto: le tubercolosi latenti possono risvegliarsi e manifestarsi sotto forma di pleurite, di congestioni polmonali, di spleno, pneumoniti. Quest'attivazione del processo tubercolare sembra legata ad una diminuzione dell'immunità sotto l'influenza della gravidanza, come lo dimostra in quel momento l'attenuazione e perfino la scomparsa della reazione alla tubercolina. Tutte le volte, le donne, affette da sclerosi tubercolare, che sembra spenta, si sottraggono generalmente a questa eventualità: nei casi osservati, la cutireazione è rimasta nettamente positiva. Nobécourt e Paraf richiamano l'attenzione su questi fatti per l'opportunità dell'allattamento.

L'influenza dell'allattamento è stata oggetto di numerose discussioni. Alcuni medici considerano che esso aggrava la tubercolosi; altri, al contrario, lo giudicano il miglior mezzo profilattico, in quanto ritarda l'insorgenza della tisi. Per alcune pazienti, Sabourin pensa che l'allattamento è necessario, poichè la soppressione del latte implica il ripristino della funzione mestruale, che costituisce una eventualità sfavorevole.

Si tratta di questione di specie. Una donna affetta da tubercolosi ulcero-caseosa in evoluzione non deve nutrire. All'infuori di ogni altra considerazione, la gravità del suo stato si oppone. Una donna, la cui tubercolosi polmonale fibrosa realizza una vera cicatrice, può allattare senza inconvenienti.

Delle nostre quattro pazienti, che rientrano in questa categoria, tre hanno nutrito i loro bambini; due dei quali, che ricevevano sette volte al giorno 80-90 gr. di latte, si sono sviluppati regolarmente e il loro peso è aumentato in un mese da 2.900 a 3.700 gr. per l'uno, da 3.200 a 4.000 gr. per l'altro: il terzo bambino.

sottoposto ad allattamento misto, è passato da 2.800 a 3.300 gr.

Quando ci si trova in presenza di pleuriti e di congestioni pleuro-polmonali febbrili, la continuazione dell'allattamento è più discutibile. Conviene tutte le volte di non interrompere l'allattamento sistematicamente, prima che la diagnosi di tubercolosi non sia confermata: nel qual caso l'interruzione si impone evidentemente. Gli autori accennano alla categoria così numerosa di donne delicate, magre, sofferenti di disturbi dispeptici o d'enterocolite cronica, che hanno spesso una eredità tubercolare e hanno anche presentato nei loro precedenti qualche fenomeno sospetto. In molti casi la gravidanza è stata mal sopportata e la lue debilitata. Per loro conviene di essere prudenti, poichè l'allattamento può provocare l'insorgere di una evoluzione tubercolare.

Si è cercato di spiegare l'azione coadiuvante dell'allattamento nella tubercolosi. Bisogna tener conto delle fatiche che l'allattamento determina e delle perdite che l'organismo subisce, per la secrezione lattea. Charrin e Vitry hanno dimostrato che l'organismo in tale periodo subisce facilmente una demineralizzazione ed ha iperglicemia e si conosce come queste due condizioni favoriscano lo sviluppo della tubercolosi. Basta pensare all'evoluzione rapida della tubercolosi nel diabete: la nutrice in tal caso si comporta come un diabetico.

Questi diversi fattori si aggiungono all'azione della gravidanza e del puerperio. Quando una donna, affetta da tubercolosi o nella quale si può temere una evoluzione tubercolare, terminata la gravidanza, il medico deve risolvere il problema delicato dell'allattamento. Accanto ai casi in cui l'attenzione s'impone, ve ne sono altri in cui l'esitazione è permessa e l'osservazione clinica non conduce sempre ad una conclusione ferma. Forse le osservazioni ripetute durante le settimane che precedono o seguono il parto potrebbero fornire delle indicazioni preziose: una reazione che diminuisce di intensità o diviene negativa sembra attestare un'attenuazione dell'immunità: una reazione che persiste positiva sembra in rapporto con una buona immunità.

Gli autori sono indotti a concludere che numerose altre osservazioni possono risolvere in modo definitivo la questione.

CHIRURGIA.

Dieci anni di artroplastica.

CLINICA CHIRURGICA DELL'UNIVERSITÀ DI LIPSIA. (T. PAYR: *Zentralbl. für Chirurgie*, 1920, n. 14).

L'A., dopo dieci anni dall'epoca in cui eseguì con completa riuscita le prime mobilizzazioni di articolazioni rigide, crede giunto il momento di passare in rivista quanto di pratico si è svolto in questo tempo nel campo della « riformazione di articolazioni perdute », quanto ancora manca e quanto deve esser migliorato nell'indicazione e nella tecnica. La guerra ha fornito ai chirurghi un materiale di articolazioni rigide così abbondante come mai si sarebbe sospettato e perciò molti colleghi, prima riservati circa la formazione di neoartrosi, vi hanno ora rivolto attenzione e raccolte esperienze. L'A. ha raccolto esperienze abbondanti riguardo a tutte le articolazioni del corpo: massimo è stato il numero di interventi sull'articolazione del ginocchio, scarso ancora soltanto sull'articolazione della spalla. Egli non si è arrestato ai primi metodi che lo condussero al successo, ma ha percorso nuove vie che apparivano promettenti e le speranze formulate nel 1914 sono state realizzate ed oltrepassate.

Dieci anni bastano per giudicare del successo duraturo di una articolazione creata di nuovo per via operatoria. Orbene: la guerra gli ha mostrato che le neoartrosi operatorie ben corrispondono ad esigenze enormi e sono capaci di superare i più difficili disturbi. Basta per provare ciò il solo esempio di un'articolazione del ginocchio operata dall'A. nel 1910, dopo un'anchilosi ossea durata 5 anni, con lo splendido successo di un angolo d'uso di 90°, senza mobilità laterale, sì da permettere al suo possessore di partecipare alla guerra come ufficiale di cavalleria.

Passato all'aviazione l'ufficiale fu ferito allo stesso arto con frattura comminuta complicata della coscia ed estesa lesione delle parti molli e fatto prigioniero dagli inglesi, presso i quali tenne per molti mesi il letto per grave suppurazione, ed il chirurgo curante incise largamente tagliando per più della metà il quadricipite in senso trasversale. L'A. rivide il suo ex-paziente dopo lo scambio dei prigionieri e constatò che l'articolazione era rimasta bene mobile e quella poca ampiezza di movimento che aveva perduto fu riacquistata col diligente esercizio; ciò, malgrado molti mesi di completa immobilità nella fasciatura e l'eliminazione della massima parte dell'apparecchio di tensione muscolare. Questa neoartrosi si appalesò

dunque migliore di qualche articolazione normale.

L'*indicazione* d'intervento si è estesa sempre più e non si rifiuta ormai l'intervento dell'atrofia muscolare di alto grado esistente dopo molti anni di rigidità (naturalmente soltanto in individui giovani) ed, in via di eccezione, neppure in anchilosi multiple, espressione di un'affezione del sistema osseo e articolare, in pazienti sui 50 anni. Si interviene eventualmente anche su pazienti con paralisi di nervi isolati nelle estremità rigide e da alcuni anni si aggrediscono anche varie grandi articolazioni nello stesso paziente e nello stesso arto. Sempre più frequenti diventano anche gli interventi nei casi in cui la lesione ha prodotto gravi difetti nei corpi articolari e nelle parti molli, con formazioni cicatriziali estese, disturbanti il congegno muscolare, naturalmente facendo precedere un intervento speciale destinato all'eliminazione di questi difetti. Grave trasformazione fibro-callosa molto estesa del tessuto pararticolare, per lo più lasso, compreso il sottocutaneo, può render dubbio il successo, anche adoperando una buona tecnica. Come controindicazione finora sconosciuta, l'A. ha imparato a conoscere il tetano pregresso. Sia riguardo all'indicazione che alla prognosi, risultano differenze molto notevoli fra materiale di guerra e materiale di pace nelle anchilosi.

Circa le complicazioni determinate dalla specie e gravità della lesione, come contemporanea frattura diafisaria con raccorciamenti spesso assai cospicui, grave distruzione degli antichi corpi articolari, difetti delle pareti molli di rivestimento, dei muscoli, dei tendini, dei legamenti, corpi estranei, ecc., si tratta, in un numero di casi relativamente grande, di risolvere una quantità di problemi col cui numero e gravità diminuisce naturalmente la probabilità di successo. Esperienza e tecnica progressiva dettero il coraggio di aggredire casi sempre più difficili senza scoraggiarsi per eventuali insuccessi. Ma si ebbero anche d'altra parte talvolta successi finora sconosciuti, come la riuscita mobilizzazione delle articolazioni dell'anca, del ginocchio e tibio-tarsica nello stesso arto di un ferito di guerra.

Le *operazioni preparatorie* sono di diverse specie e tendono a scopi svariati: sostituzione di cute cicatriziale inservibile con lembi presi dalla vicinanza, osteotomia e conseguente estensione in fratture diafisarie guarite rispettivamente in posizione viziosa o con forte accorciamento, allungamento di tendini nelle contratture, estrazione di corpi estranei dalle parti molli vicine o dalla fessura articolare, ecc., ecc. Vengono creati legamenti nuovi con seta al «sublimato-paraffina» (I. Lange) avvolta da un involucro ad uno o due strati di fascie, oppure soltanto da un involucro del tendine del peroneo trapiantato. Nelle fratture dei corpi articolari si deve far precedere talvolta all'artroplastica una osteotomia che restituisca la direzione assile (p. e. *Genu valgum*). I sequestri vengono allontanati, le cavità ossee vengono riempite preferibilmente coll'introduzione di lembi di parti molli, anzichè con otturazioni ossee; negli stati asettici si usano otturazioni in cera con ottimo successo. Fistole delle parti molli vengono portate a chiusura duratura con iniezioni di etere iodato (20 gocce tintura d'iodo: 5 cm^3) con la siringa Rekord portata direttamente senza ago sull'apertura. Eventualmente l'operazione preparatoria consiste in una parte dell'artroplastica che si ha intenzione di fare: da alcuni anni viene praticata la mobilizzazione della rotula gravemente aderente e l'applicazione di un rivestimento al di sotto di essa contemporaneamente colla mobilizzazione dell'articolazione; nell'anchilosi del gomito si toglie con intervento preventivo in determinati casi la sinostosi radio-ulnare superiore.

Scoprimento e resezione dell'anchilosi. — Lo scoprimento di un'anchilosi deve farsi, secondo l'A. con principii essenzialmente diversi dall'apertura di un'articolazione malata per l'esecuzione di una resezione che ha lo scopo finale, desiderato o tacitamente ammesso, dell'anchilosi solida. L'apparato di mobilità attiva dell'articolazione deve essere trattato con molti più riguardi ancora, poichè ci preme di avere possibilmente presto un attivo giuoco muscolare che dirozzi e modelli in modo più fino i nuovi corpi articolari ed il congegno di scivolamento a mo' di borsa sinoviale. Ogni miglioramento in questo senso viene compensato dal successo. La tecnica sottoperiostea ben giustificata per la resezione classica, deve, per quanto è possibile, essere sostituita da un processo extraperiosteo. Si deve dunque incidere il periosteo con pochi tagli e semplici, non staccandolo, ma dividendolo in modo liscio, nella linea dell'antica fessura articolare. Si deve evitare con cura la «preparazione scheletrica» delle estremità articolari antiche, con numerosi residui periostei e capsulari e tagli su tendini e inserzioni di legamenti, poichè si staccano inevitabilmente frammenti di periostio per lunghi tratti e in questo modo si distribuisce nella vicinanza della futura neo-artrosi del materiale osteogenetico che si vendica colla formazione di osteofiti, di uncini e speroni ecc., che producono effetti contrari alla mobilità cui tendiamo. Lo staccaperiostio non deve dunque penetrare, secondo la sua destinazione originaria,

fra periostio ed osso, staccando in modo ottuso il primo, ma deve sollevare le parti molli dall'anchilosi periostea, sostenuto là dove è necessari, dal coltello tagliente. L'articolazione deformata o completamente anchilosata deve essere aperta, se è possibile, come una serratura colla propria chiave e non come scassinata collo scalpello. L'articolazione dell'anca ne fornisce un esempio classico. Se il grande trocantere è staccato secondo Ollier-Mikulicz (con un taglio longitudinale) alla sua base con tutte le sue inserzioni muscolari, con superficie possibilmente larga e rovesciato in alto, allora l'articolazione è resa accessibile in modo comodo. Lo stesso dicasi dell'articolazione del ginocchio scoperta in modo da permetterne una chiara visione, per mezzo del taglio mediale ad S con lussazione della rotula sopra il condilo esterno. Riguardo alle altre articolazioni non abbiamo ancora a nostra disposizione degli interventi dello stesso valore, ma l'A. indica tuttavia per ogni articolazione i metodi operativi più adatti per renderla comodamente aggredibile. Là dove si praticano tagli trasversali o a lembi, questi siano eseguiti in modo che il taglio cutaneo e la futura fessura articolare non si corrispondano coprendosi, ma siano lontani l'uno dall'altra poichè così se si presenta un disturbo nella guarigione della ferita cutanea è diminuito il pericolo della partecipazione della nuova articolazione.

La divisione dell'anchilosi ossea si fa mediante lo scalpello e la sega in modo da preparare già la configurazione dei nuovi corpi articolari corrispondenti alla superficie di scivolamento da crearsi. Nell'anchilosi fibrosa, con e senza ponte osseo, un coltello robusto separa le callosità spesso straordinariamente forti.

L'apertura dell'articolazione si fa sempre con molta cautela. Un lavoro imprudente può far perdere nelle ossa atrofiche delle parti importanti dei nuovi corpi articolari per distacco e può costringere a sacrifizi non voluti di sostanza ossea.

Questo pericolo esiste anche nell'anchilosi ossea. La persona esperta dividerà sempre il punto di fusione tanto, che non rimanga da spezzare tutt'al più che uno stretto ponte osseo.

Nella clinica dell'A. si è sviluppato nel decorso degli anni, un metodo speciale per ogni articolazione riguardo alla divisione dell'anchilosi. Rende grandi servizi uno scalpello stretto, tagliente come un coltello e, in alcune articolazioni, una sega stretta tagliente da ambedue i lati. Per l'articolazione del ginocchio invece viene adoperato uno scalpello cavo, corrispondente nella sua larghezza alla completa curvatura del condilo. È difficilissimo ottenere dalla massa ossea una testa ben formata nell'articolazione dell'anca nella fusione ossea completa Ciò riesce con parecchi scalpelli stretti che penetrano dal margine dell'acetabolo in profondità, partendo da diversi punti della circonferenza dell'articolazione. Si adoperano talvolta 46 di tali scalpelli contemporaneamente. Non si deve sacrificare nulla dal tetto dell'acetabolo. Continuando a lavorare con scalpelli cavi e curvi in superficie, si ottiene, anche in casi difficili, materiale sufficiente per la nuova testa articolare. Un attacco grossolano e precoce per sciogliere l'anchilosi ci mette, con la frattura nella regione del collo, nella impossibilità di una buona artroplastica. Questi sono soltanto alcuni rlievi. L'A. ha in preparazione una comunicazione più esatta sulla tecnica.

Nella *formazione di corpi e di superficie articolari* si cerca di imitare il più possibile le forme naturali. Esse sono e restano l'immagine inarrivabile di opportunità di struttura meccanica, di economia del consumo delle forze e dell'utilità raggiunta. *Natura artis magistra.* Si deve sempre aver presente la legge di Fick, che quella estremità articolare nella quale i muscoli si inseriscono in vicinanza della superficie di scivolamento diventa l'acetabolo, quella nella quale si attaccano a distanza, diventa la testa. Non di rado, ubbidendo alla necessità, dobbiamo semplificare la forma delle estremità articolari; con ciò rinunciamo o a capacità meccanicamente superiori (articolazione a vite) o ci sottomettiamo alla perdta di asse della mobilità articolare e giuoco muscolare relativo. Solo eccezionalmente si possono imitare articolazoni a sfera; ci si accontenta per lo più di articolazioni ad uno o due assi (articolazioni a cerniera, a uovo, a sella). Riguardo ai rapporti di grandezza dei corpi articolari da formare vale per l'A. come legge obbligatoria di *aumentare il raggio concavo, rimpicciolire quello convesso.* Si crea con ciò libertà di movimento, posto per il materiale di interposizione e si previene la retrazione cicatriziale. Altra regola è la formazione di ciò che l'A. chiama « assicurazione di trazione » nelle articolazioni a cerniere, p. es. un solco di scivolamento largo, ben arrotondato per la rotula, una « cresta intercondiloidea » alla testa della tibia, una scanalatura all'estremità inferiore dell'omero per l'« incisura semilunare » dell'ulna, ecc. Infine bisogna fare attenzione a che non si formino « ipomochlii » (fulcri, punti di appoggio), arrotondendo i margini taglienti delle estremità articolari, p. es. del margine posteriore della testa della tibia.

I pezzi o lembi di periostio che si rendono

liberi coll'arrotondire, o vengono posti accuratamente sulla nuova superficie articolare, o adoperati per fissare le fascie, o vengono asportati, lasciando soltanto piccoli residui che permettono ancora di fissare la sutura. Il resto del campo operatorio è protetto in ogni tempo con compresse, contro il trasporto o la diffusione di piccole schegge prodotte dallo scalpello o dalla sega. Lo strumento principale per la formazione delle nuove superfici articolari è la sega e lo scalpello tagliente come un coltello, per l'arrotondamento e levigatura la lima. La distanza fra i capi articolari dovrà essere, nelle articolazioni grandi con estensione discretamente forte, di 1-1 ½ cm. La retrazione cicatriziale provvede già alla diminuzione di questo numero. Ne risulta che si deve essere molto riservati nella cruentazione dell'antica estremità articolare. Il trattamento successivo ne diventa talvolta più faticoso, ma l'assicurazione della trazione, senza alcun ciondolamento, non viene pagata a troppo caro prezzo. I limiti che si usano sono indicati dall'esperienza e non si lasciano stabilire nei dettagli. Soltanto un'ampiezza di movimento sufficiente con sicurezza della trazione dànno il pieno successo. Sul modo di procedere sulle parti molli delle articolazioni vi è poco da dire. L'A. considera sempre come molto importante per il successo l'escissione senza riguardo delle callosità e delle cotenne. Tratti sinoviali ben mantenuti si possono naturalmente conservare. Non possono che raramente essere risparmiate parti cartilaginee, poichè in genere esse debbono venir sacrificate alla neoformazione dei corpi articolari. I legamenti crociati del ginocchio sono per lo più alterati così gravemente che difficilmente è utile conservarli. Anche i meniscbi non sono che eccezionalmente in stato di utilizzazione. Circa i legamenti laterali dell'articolazione del ginocchio, mentre non potevano rimanere conservati coi metodi operatorî a due tagli longitudinali laterali, poichè non avrebbero permesso la lussazione dei corpi articolari, dopo l'impiego esclusivo dei nuovi metodi (taglio mediale a S ed altri), vengono conservati completamente o almeno nella loro metà posteriore. Nel resto ci si regola secondo la gravità delle alterazioni extra-articolari e pericapsulari. Si asportano per principio le note callosità bianche e gelatinose sulla superficie di taglio, attraversate abbondantemente da vasi.

Ciò si pratica anche fino nei contorni lontani dell'articolazione. È specialmente importante una escissione accurata e radicale di callosità per la liberazione di segmenti periferici del quadricipite e della rotula; quando l'apparato muscolare di estensione è saldato alla diafisi del femore, una gran parte del successo sta nella mobilizzazione di questo. Lo stesso dicasi in alcuni casi, specialmente difficili, per il tricipite brachiale e per i tendini d'estensione sul dorso dell'articolazione del polso. Ventri muscolari troppo lunghi vengono accorciati; quelli non adoperati per la meccanica dell'articolazione nuova, vengono trapiantati su quelli capaci di lavoro.

Circa la *interposizione di parti molli*, la fascia aponeurotica è per l'A. anche oggi l'ideale del materiale da interporre, perchè biologicamente senza esigenze. I lembi liberamente trapiantati si sono appalesati assolutamente preferibili a quelli peduncolati. La fascia viene tesa sotto trazione abbastanza forte sui corpi articolari neoformati e fissata così ai resti sempre esistenti del periostio o della capsula con sutura abbondante di catgut, in modo che si adatti ad ogni rialzo e ad ogni infossamento. Essa agisce, col raggrinzamento, come una cappa di gomma che conserva e migliora la forma. Con ciò si crea, già durante l'intervento, un rivestimento alla nuova superficie di scivolamento, si provvede benissimo all'emostasi e l'unione colla superficie della ferita ossea avviene rapidamente. Per ogni estremità articolare vi sono dei mezzi sussidiari tecnici per ottenere un'applicazione senza pieghe del mantello della fascia. Per es. si rivestono le teste articolari rotonde stringendo la cappa di fascia al collo con una forte legatura di catgut, trovando poi su questa un buon sostegno per la sutura a tensione. Naturalmente non vengono rivestite superfici ossee alle quali si devono di nuovo unire attacchi muscolari staccati, invece vengono coperte in modo specialmente abbondante le superfici articolari dove, secondo l'esperienza, sogliono formarsi volentieri degli osteofiti. Le superfici articolari molto concave, quindi gli acetaboli molto profondi, offrono le uniche difficoltà tecniche. Ma anche queste si possono superare. Il lembo sufficientemente grande viene fissato al margine dell'acetabolo e poi fortemente pressato contro la superficie della ferita ossea per qualche tempo; esso rimane al suo posto anche nei movimenti. I vantaggi delle fascie sono: adesione rapida, quindi possibilità di eseguire presto esercizi attivi; la fascia non ha bisogno, come il tessuto grasso ed il muscolo, di trasformarsi prima in tessuto connettivo (Sumita); essa è pochissimo sensibile a lesioni meccaniche e ad infezioni leggere.

Infine si può procurarsela sempre in quantità sufficiente.

Sono infondati i timori di Schepelmann riguardo al prelevamento di pezzi piuttosto

grandi dal tratto ilio-tibiale. Non si deve dimenticare che dalla fascia lata non si preleva ogni volta che una finestra e che la fascia muscolare si rigenera rapidamente e bene sopra i muscoli attivi.

Riguardo al grasso liberamente trapiantato, così caldamente patrocinato da altri autori, l'A., considera in genere come migliore la fascia, tranne alcune eccezioni, come per l'interposizione fra l'estremità superiore del radio e quella dell'ulna dopo divisione del ponte osseo e anche nell'anchilosi fibrosa.

Nelle ferite di guerra poi ritiene molto superiore la fascia al grasso perchè essa ha molto meno pretese del grasso che tende troppo facilmente nella «infezione latente» alla formazione di fistole, alla necrosi e a fortissima formazione di tessuto connettivo. Contrariamente a Lexer vede precisamente negli «spazi morti», che non sono da evitarsi nel rivestire i corpi articolari con fascia, già il primo lavoro preparatorio per la futura fessura articolare, il modello della borsa sinoviale ad una o più camere da formarsi. Il grasso riempie l'intera fessura articolare, arresta meccanicamente l'emorragia, ma non può essere adoperato per la pressione e l'attrito altro che molto tempo dopo. Talvolta rivestì un corpo articolare di grasso e l'altro di fascia. Adopera volentieri lembi di grasso peduncolati là dove li può portare vicini alla nuova fessura articolare. Nelle persone grasse ciò riesce talvolta benissimo nell'articolazione dell'anca ed è a volte possibile anche alla spalla e al polso. Preferisce assai la fascia all'interposizione di un lembo peduncolato del tricipite nell'artrosi del gomito, eseguita da Delbet nel 1903 e poi caldamente raccomandata da Bier ed i suoi allievi. Un lembo muscolare sufficientemente grande che in ultimo si trasforma ancora in connettivo sembra all'A. un sacrificio troppo grande, quando c'è un materiale a miglior prezzo e crede che ogni fibra muscolare sia preziosa per il movimento dell'articolazione da riformarsi. Soltanto dove esista abbondanza muscolare (articolazione della mandibola) o siano disponibili muscoli senza valore per la futura mobilità asseale dell'articolazione (spalla) o dove circostanze speciali (eccessiva tendenza alla formazione di tessuto connettivale) richiedano l'applicazione di lembi peduncolati, egli adopera talvolta dei muscoli, p. es. nell'anchilosi recidivante superiore radioulnare. All'occasione vengono adoperati lembi di guaine tendinee delle parti ben conservate della capsula e di borse mucose vicine all'articolazione. Col perfezionamento della tecnica si sono rese sempre meno evidenti le differenze fra l'applicazione di lembi peduncolati e lembi liberamente trapiantati. In ogni modo, per l'interposizione, si adopera soltanto materiale caldo, vitale, autoplastico. L'alloplastica è stata del tutto abbandonata.

Trattamento successivo. — L'A. rinuncia quasi sempre al drenaggio. Soltanto nell'articolazione dell'anca, con emorragia un po' forte dell'acetabolo, lo considera utile per 24 ore. Se la malattia fondamentale è guarita completamente da meno di un anno, allora introduce per 48 ore un tubo di vetro da un'apertura speciale nella ferita. Tamponi di qualsiasi genere non vengono adoperati. Usa fasciatura di completo riposo tutt'al più nei primi giorni. Pel ginocchio consiglia caldamente una fasciatura che lasci libera la rotula già da principio, come in una finestra, cosicchè resti sollevata dallo strato sottostante. Per l'anca e pel ginocchio adopera per lo più la doccia di Ziegler (principio di semiflessione). Dopo 48 ore comincia l'estensione con trazione moderata di peso, non oltrepassando i 5-6 kg. anche pel ginocchio e l'anca, e più tardi inizia movimenti possibilmente attivi o, in principio, anche passivi eseguiti dal malato stesso. Se l'intervento è abbastanza preparato (operazioni preparatorie) e tecnicamente eseguito, i dolori di tale trattamento sono molto moderati. Taluni pazienti non ne accusano quasi affatto. Nel rivestimento con fascia, fa cominciare gli esercizi dopo 8-10 giorni; in quelli col grasso più tardi.

Movimenti passivi eseguiti dal medico o dall'assistente sono poco utili, ma a taluni malati piace di più questo lavoro puramente meccanico che non l'esercizio consapevole. Adopera volentieri l'iperemia sotto ogni forma, di rado la fibrolisina. L'Humanol ha reso più volte buoni servizi. Ha anche usato (e riferito nel 1912 e 14) il riempimento ripetuto della fessura articolare con soluzione fisiologica, come di recente propone il Bier. Non opera volentieri i morfinisti perchè colla loro ipersensibilità non concedono la loro collaborazione che, per lo più, sotto somministrazione continua di morfina.

Operazioni successive. — Possono consistere nel togliere una posizione anormale dell'articolazione neoformata, nel correggere una mobilità troppo scarsa (distacco di superfici troppo presto unite, asportazione di osteofiti), nel trasformare i falsi meccanismi della trazione articolare in quelli veri (miglioramento di forma dei corpi articolari), nel togliere all'occasione una vite o una sutura metallica, rinforzare un'azione muscolare insufficiente con un acconciamento o con una inserzione nuova. Le

operazioni successive non possono qui esser considerate una per una perchè dipendono dal difetto che volta per volta si appalesi e in ciò vale molto l'esperienza personale.

L'A. non ha avuto da lamentarsi che molto raramente di incidenti spiacevoli. Non ebbe mai nè un'embolia grassa, nè lesioni di grandi vasi sanguigni od emorragie secondarie di questi, nè trombosi di grandi tronchi vasali o conseguenti embolie, nè necrosi di un arto o fratture a parti dei corpi articolari o alla diafisi per procedimenti troppo bruschi. Dei due casi di morte che finora ebbe, uno fu determinato da grave infezione della ferita (anca). Fra i molti casi di artroplastica del gomito ebbe una sola volta una paresi operativa (regressiva) del N. ulnare (retrazione ad uncino) e negli arti inferiori osservò un solo caso di paralisi secondaria da pressione delle stecche.

L'A. conclude che l'artroplastica non è ancora un campo ben limitato di un possesso tranquillo della moderna chirurgia, ma i suoi splendidi successi le guadagnano sempre maggiore considerazione. Avversari seri la considerano come troppo difficile e arrischiata, biasimano il trattamento secondario per la sua, a lor dire, «mostruosa dolorabilità», pensando sempre alla possibilità di un arto ciondolante che è molto peggiore di un arto indoloro sebbene rigido, ecc. Si sollevano pure dubbi sulla sorte lontana delle neoartrosi.

Di fronte a costoro vi sono anche fautori troppo entusiasti, che trovano tutto molto semplice e passano con un gesto superbo sopra le varie difficoltà. *In medio stat virtus.*

DINO SALVADORI.

TECNICA.

Metodo semplice e rapido di cultura dei gonococchi e sua importanza pratica.

(PAUL DENIS. *Le Scalpel*, 6 marzo 1920).

È noto che l'assenza dei gonococchi all'esame microscopico nei prodotti di secrezione dell'uretra o di altro organo molto frequentemente non costituisce un criterio sicuro per escludere una diagnosi di natura o per affermare la guarigione da un' infezione blenorragica. Nel caso analogo della tubercolosi si può ricorrere alla prova dell'inoculazione della cavia. Ma per l'infezione gonococcica questo mezzo d'accertamento diagnostico dà in genere risultati negativi, tranne che l'inoculazione del fornice congiuntivale della capra.

A scopo diagnostico e come criterio d'accertamento dello stato di guarigione sarebbe praticamente molto importante un metodo di cultura del gonococco semplice, rapido e facile, mentre che i noti metodi di cultura di questo germe sono di difficile esecuzione.

Nel 1914 Lumière e Chevrotier, fondandosi sulla nota influenza nociva della birra sul decorso dell'infezione gonococcica, escogitarono un nuovo mezzo di cultura del gonococco di molto facile preparazione: si porta a 115° in autoclave una soluzione di 6 gr. di albumina in 1000 c. c. di mosto di birra; quindi, dopo aver filtrato a caldo e alcalinizzato, si sterilizza di nuovo a 115° per dieci minuti; infine, pure non essendo indispensabile, è utile aggiungere c. c. 1.5 di siero di cavallo o di asino per ogni 15 c. c. di mosto di birra così preparato.

Questo terreno di cultura si solifidica mediante l'agar con la tecnica solita, nella proporzione di gr. 20 per litro di mosto.

Il mosto dev'essere fatto esclusivamente di orzo con o senza luppolo, e sempre privo di sostanze amilacee, zuccherate od altri prodotti chimici.

Il mosto di birra contiene circa 110 grammi di zuccheri riduttori per ogni litro. Siccome in queste condizioni esso sarebbe sfavorevole allo sviluppo del gonococco, Lumière consiglia di diluirlo fino alla proporzione di gr. 22.5 a gr. 55 per litro.

Su questo terreno la cultura del gonococco riesce molto semplice e facile.

Ed inoltre con questo metodo alcune proprietà ritenute caratteristiche di questo microrganismo sono state riconosciute inesatte.

Il gonococco era considerato strettamente aerobio, e non resistente alle basse temperature. Lumière e Chevrotier sono riusciti a

coltivarlo in terreno anaerobio, ed hanno constatato che in queste condizioni le culture dimostrano una vitalità meno intensa ma più prolungata. Le culture tenute per dieci giorni a 20° sotto zero conservano intatta la loro vitalità.

Nelle culture in serie il gonococco si sviluppa sempre più rapidamente. Anche alla temperatura di 34°-35° alcune culture hanno dato colonie visibili in meno di 6 ore. Una cultura lasciata per più giorni alla temperatura ambiente sviluppa molto lentamente; si riattiva rapidamente se è rimessa nella stufa. Quasi sempre si sono avute culture pure, ed all'inizio in tutti i casi.

Se in generale all'esame microscopico è difficile differenziare le diverse specie di gonococchi, in cultura alcune varietà di essi presentano caratteri differenziali. Talvolta si hanno colonie grandi e spesse ma poco numerose; tal'altra le colonie sono molto piccole ma in gran numero, a superficie zigrinata. Al microscopio alcune culture dimostrano gonococchi di dimensioni inferiori al normale.

L'*optimum* di temperatura sta fra 36° e 36°.5; temperature più basse di 2-4 gradi rallentano lo sviluppo. È essenziale non sorpassare i 37°-38° per non compromettere la vitalità delle culture.

Ma ciò che più è importante è che la semina del materiale da esaminare su questo terreno di cultura non richiede nessuna precauzione speciale. I gonococchi provenienti da uretriti croniche e anche da semplici filamenti proliferano come quelli prelevati da un'uretra acutamente infiammata. Di più una provetta insemenzata al mattino può essere messa in termostato alla sera ed anche con ritardo maggiore, senza che ne venga a soffrire nella prontezza a proliferare.

In queste condizioni la cultura del gonococco può avere valore pratico come mezzo diagnostico e come criterio di guarigione, purchè il metodo sia semplificato e messo alla portata dei medici tutti.

A tale scopo è bene adoperare i terreni solidi di agar.

L'A. ha sperimentato due terreni di cultura: il primo composto semplicemente di mosto di birra e d'agar al 2 %, il secondo differente dal primo per l'aggiunta di liquido d'ascite nella proporzione di c. c. 1.5 per 15 c. c. di. terreno. In genere questo secondo terreno ha dato culture più rapide; ma secondo l'A. ciò sarebbe dovuto ad una specie di neutralizzazione, per parte del liquido ascitico, dell'azione dannosa del glucosio contenuto in eccesso nel mosto di birra non sufficientemente diluito. E siccome d'altra parte l'addizione di liquido ascitico dopo la seconda sterilizzazione delle provette può complicare la sterilità del terreno, perciò l'A. ritiene consigliabile adoperare soltanto il mosto di birra con agar al 2 %. Bisogna diluire il mosto sì da portare il contenuto in glucosio a gr. 30-40 per litro. Con questo terreno alla temperatura di 36°,5 ha avuto colonie ben visibili di gonococchi già dopo 24 ore alla prima semina. In alcuni tubi si hanno colonie scarse, ma spesse, rilevate, bianche, rotondeggianti; in altri le colonie sono più piccole ma straordinariamente numerose (parecchie centinaia dopo alcune ore).

Questo terreno insemenzato con pus di blenorragia acuta o cronica, con filamenti mucopurulenti, o con liquido prostatico espresso col massaggio, sviluppa colonie visibili ad occhio nudo e facilmente riconoscibili da 9 a 14 ore di termostato, anche se la cultura fu messa in termostato parecchie ore dopo la semina.

Si può facilmente abituarsi a distinguere le colonie di gonococco da quelle degli altri microbi coesistenti. I germi più frequenti sono il *bacillum coli,* lo streptococco, bacilli non patogeni, ecc. Ma il gonococco sviluppo per primo in questo terreno, sì che le sue colonie sono già bene sviluppate quando quelle dei microbi associati sono appena visibili. Ciò è più evidente se nella stessa piastra del Petri si semina separatamente nei quattro quadranti il gonococco, il colibacillo, lo stafilo- e lo streptococco: dopo 4 ore l'A. ha contato già sette colonie di gonococco; il colibacillo ha sviluppato dopo 16 ore, e quindi hanno seguito lo strepto- e lo stafilococco. Al 2° passaggio l'A. ha visto svilupparsi il gonococco già dopo 3 ore, benchè la temperatura fosse a 34°.

Col terreno Lumière-Chevrotier la cultura del gonococco è diventata facile e rapida come quella del bacillo della difterite.

Il terreno può essere preparato commercialmente e messo in vendita.

Ecco in riassunto la tecnica della preparazione:

1° Sterilizzare il mosto diluito ed agar al 2 % per un quarto d'ora in autoclave a 115°;

2° Filtrare a caldo nello stesso autoclave per maggiore semplicità;

3° Alcalinizzare con soluzione relativamente forte di soda;

4° Distribuito il terreno nelle provette, sterilizzare a 110° per 10 minuti;

5° Inclinare molto i tubi e lasciarli raffreddare lentamente e a lungo.

Nei casi comuni di blenorragia acuta basta l'esame microscopico. L'esame bafteriologico

sarà molto utile nei casi molto dubbi, e sopra tutto nelle donne: porterà grandi vantaggi per la profilassi, per es., in vista del matrimonio.

L'esame microscopico non basta a differenziare le varietà dei gonococchi: all'esame culturale esse danno colonie differenti per dimensioni, numero e grandezza dei gonococchi. L'A. ha notato più volte che una varietà di gonococchi a sviluppo rapido, a colonie piccole e numerose, anche a temperature basse a 30°-28°, dà luogo a blenorragia lieve, a tipo sub-acuto sin dall'inizio, ma molto difficile a guarire; son facili le guarigioni apparenti, ma altrettanto facili le recidive.

L'A. raccomanda per le culture di non adoperare il sedimento o i filamenti di urine raccolte con sonde molli sterilizzate alla formalina.

P. SABELLA.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Lombarda di Scienze mediche e biologiche in Milano.

Seduta del 2 luglio 1920.

Presidenza: professor DEVOTO.

Un caso non comune di calcolo vescicale.

CARRARO N. — In un malato operato per ernia inguinale bilaterale, dopo un anno dall'operazione venne diagnosticato un calcolo vescicale, mediante l'esame cistoscopico. Venne riscontrato che il calcolo si era formato attorno ad un laccio di seta. Si deve ritenere che un punto della sutura profonda abbia compreso la vescica leggermente prolassata eliminandosi poi nella cavità vescicale e costituendo poi il nucleo del calcolo.

Ernia intestinale strozzata attraverso perforazione uterina - Reazione intestinale - Isterectomia.

MIRTO F — La donna che è oggetto di questa comunicazione fu ricoverata all'Istituto Ostetrico-Ginecologico dopo 24 ore; un'ansa del tenue procideva in vagina uscendo dal collo dell'utero, dilatato, ma integro. L'ansa intestinale staccata dal mesentere era di colore rosso-vinoso edematosa con parecchie lacerazioni siero-muscolari, la mucosa era integra.

Si pratica la laparotomia, si trova un foro nella parete anteriore dell'utero in corrispondenza dell'istmo, attraverso cui si insinua l'intestino, il quale non è riducibile.

Si fa la resezione intestinale terminale lasciando l'ansa *in situ*, indi si asporta l'utero, che, come vedete, contiene l'ansa intestinale.

Decoro post-operatorio ottimo, la donna lascia la Clinica in ventesima giornata guarita.

L'etiologia, per quanto la donna sia reticente, si può intuire, e ci ammonisce ancora di più dei gravi pericoli che presentano le incaute manovre istrumentali nella cavità uterina.

Sull'evoluzione dei vizi mitralici.

DEVOTO L. — Dalla casistica di guerra e dalla casistica della Clinica è portato ad insistere sulla attenuazione ed anche scomparsa di caratteristici rumori sistolici sul focolaio della mitrale accompagnati da ipertrofia del cuore in alcuni casi di reperto roentgeniano specifico in individui nei quali vi erano tutti gli elementi per ammettere la esistenza di una lesione mitralica ed in qualche caso di una stenosi mitralica. Per quanto sia vero che vi siano casi di insufficienza mitralica in cui viene a mancare talvolta tanto il tono quanto il rumore, l'O., nei casi di sua osservazione, ritiene che sia intervenuta una sistemazione di più alta portata perchè con la scomparsa dei rumori si è costituito uno stato di notevole benessere con la eliminazione di quasi tutti i disturbi d'ordine subbiettivi. Molti medici militari del resto hanno constatato durante il servizio di guerra fenomeni consimili ed il miglioramento è da porsi a carico del diverso ambiente climatico, alimentare, morale e sentimentale in cui questi ex-cardiopazienti si sono venuti a ritrovare.

Sulla cauterizzazione ignea nella panoftalmite purulenta.

MONESI L. — Il metodo seguito dall'O. nella cura del flemmone del bulbo oculare consiste in cauterizzazioni parziali ripetute nel periodo di alcuni giorni; colla prima cauterizzazione egli si limita a perforare il bulbo oculare col termocauterio, colle successive cauterizza più profondamente e più estesamente introducendo il termocauterio attraverso l'apertura già esistente e girandone la punta entro la cavità oculare. La cura è completata da abbondanti irrigazioni con soluzione tiepida di sublimato corrosivo 1:5000 e da impacchi caldi. Il metodo, oltre ad altri vantaggi, presenta quello della formazione di un grosso moncone utile per la protesi.

Splenomegalia mieloide aleucemica.

CESA BIANCHI D. — Illustrazione di un caso di enorme splenomegalia clinicamente primitiva con trasformazione completa e totale del parenchima splenico in tessuto mieloide, a carattere nettamente embrionale, senza che in nessun momento mai, dall'inizio della malattia all'esito, il sangue circolante, ripetutamente esaminato da ogni punto di vista, abbia presentato modificazioni apprezzabili dalla norma, salvo un modesto e transitorio grado di oligocroncoemia con leucopenia iniziale.

Il caso illustrato è reso anche più interessante dal fatto che nel parenchima splenico trasformato in tessuto mieloide a carattere embrionale un elemento cellulare predomina ed in molti punti in modo veramente incontrastato, il megacariocita in tutte le sue svariatissime forme ed in tutti gli stadi di sviluppo. Questa stragrande abbondanza di megacariociti che non ha fin qui riscontro neppur lontano in altre osservazioni normali o patologiche, permette all'O. di portare un contributo, che illustra con la presentazione di

molti preparati, allo studio della genesi, delle fasi di sviluppo, della morfologia, della supposta riproduzione diretta od indiretta e della involuzione dei megacariociti, nonchè allo studio della loro funzione fagocitaria e della supposta funzione piastrinogenetica.

L'O. chiude trattando delle cause che hanno determinato e conservato in questo caso di mieladenia a varietà splenomegalica pure il suo carattere rigorosamente aleucemico.

Sulla persistenza di manifestazioni varie consecutive alla encefalite epidemica.

BOVERI P. — L'O. riferisce su casi di sindromi nervose consecutive ad encefalite epidemica. Il primo caso riguarda una giovane che *presentò fin dall'inizio una forma mioclonica tipo Dubini, nella quale le contrazioni ritmiche alle mani ed alle braccia persistono invariate alla distanza di sei mesi.*

Un secondo caso tratta di una donna di 32 anni affetta da una di quelle forme assai rare di *torcicollo spastico cosiddetto mentale,* il quale persiste a distanza di mesi 14 come conseguenza di una forma encefalitica pregressa.

Il terzo caso si riferisce ad una bambina di 11 anni che soffrì nel gennaio u. s. di encefalite letargica vera e nella quale si presentarono *dopo un mese irrequietezza, agitazione e movimenti coreici di grandi manifestazioni i quali durano tuttora.*

Il quarto caso riguarda una giovane di 33 anni, che ha presentato dal gennaio u. s. una sindrome encefalitica di *tipo iperalgico* localizzata in prevalenza nella regione cervico-brachiale destra.

In base alla persistenza di tutte queste manifestazioni morbose, sia di ordine motorio, sia di ordine sensitivo, l'O. si domanda se non vi debba essere in questi casi una corrispondenza anatomica nel senso di lesioni istopatologiche localizzate nei gangli della base del cervello e nei peduncoli cerebrali e propende a credere ad una simile concezione. Raccomanda l'estrema prudenza nella prognosi di queste forme.

L. PRETI.

Il Fascicolo 10 (1° ottobre) della nostra SEZIONE MEDICA, contiene:

F. VALAGUSSA: «Antigeno-terapia paraspecifica di alcune malattie infettive dell'infanzia» (con 14 grafiche).

F. SCHIASSI: «L'auto-anafilassi a frigore nell'emoglobinuria parossistica».

Il Fascicolo 10 (15 ottobre) della nostra SEZIONE CHIRURGICA, contiene:

A. CIVIDALI: «Contributo alla diagnosi delle fistole gastro-coliche».

G. DE FRANCISCO: «Appunti di chirurgia di guerra».

L. NEGRI: «Elioterapia e tubercolosi chirurgiche».

D. TADDEI: «Osteomielite purulenta da permanenza di proiettile di fucile nel corpo della IV vertebra lombare - Estrazione del proiettile - Resezione del corpo vertebrale dalla via lombare - Guarigione».

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 23 luglio 1920.

Contributo allo studio della proprietà indoligena di alcuni terreni culturali. (Relatore Perin).

P. BINDA e A. PERIN. — Gli OO. in base alle osservazioni fatte sullo sviluppo in diversi substrati di nutrizione (Papaina, Taka-diastase, Pepsina Merk, Pepsina Grübler, Pepsina Parke-Davis, Pancreatina Merk, Grübler, Parke-Davis) di un ceppo di b. coli non indoligeno nei comuni terreni culturali, credono di poter giungere alle seguenti conclusioni:

1° Per lo sviluppo di indolo è necessaria e sufficiente la presenza di triptofane, libero o combinato, nel mezzo di cultura.

2° I terreni triptofanizzati rappresentano il più delicato ed il più preciso mezzo per lo studio dell'attività indoligena dei microrganismi.

3° Le reazioni dell'acido gliossilico, dell'acqua di bromo rappresentano un mezzo opportuno per conoscere la idoneità dei diversi terreni a sviluppare indolo.

4° L'acqua triptofanizzata è per sè stessa sufficiente allo sviluppo di talune specie bacteriche.

Sulla genesi dell'indacanuria nella occlusione intestinale. (Relatore Perin).

P. BINDA e A. PERIN. — Gli OO., fondandosi sui risultati delle osservazioni precedenti e trasportandoli nel campo della patologia sperimentale, trovarono nel contenuto intestinale di cani fortemente indacanurici, in seguito a legatura dell'intestino, la presenza di triptofane libero.

Il nucleo triptofanico, per opera dei fenomeni proteolitici, verrebbe staccato dalla molecola proteica (donde l'importanza della secrezione pancreatica) e sucessivamente scomposto, in ambiente alcalino, dai microrganismi intestinali.

MORELLI E. — Mette in evidenza il fatto che la reazione triptofanica è maggiore nelle soluzioni di enzima, specialmente di pancreatina Parke-Davis di quanto non sia nelle soluzioni di peptone stesso. Questo corroborerebbe il concetto da lui già espresso dell'importanza del succo pancreatico per sè stesso nella genesi dell'indacano. Pensa (e questo sta cercando di dimostrare) che l'enzima sia composto di una albumina speciale. Un fatto biologico importante è, ad es., questo: che il b. coli non segregando enzimi proteolitici, cioè non potendo fornir peptoni, non sa dare indolo dalle albumine, invece dalla pancreatina, in assenza di peptone, produce massima quantità di indolo.

ZOIA L. — Insiste sulla osservazione fatta dall'O. che in soluzioni di enzimi già è più o meno viva la reazione del triptofano nella soluzione prima della inoculazione di germi e per la sua vivacità essa è in rapporto colla maggiore o minore reazione futura di indolo a indicare che probabilmente non all'enzima ma a materiali indolici (triptofanici) resi liberi dagli enzimi si deve la reazione, quali certo si trovano nel succo pancreatico.

MORELLI E. — Crede che ciò non si possa ammettere per il fatto che indolo abbondante si forma anche dal succo pancreatico e dalla pancreatina inattiva all'autoclave.

Sul trattamento delle pleuriti. Contributo clinico-statistico.

Dott. CHIRI. — L'O. riporta più di 20 casi di pleurite essudata trattati con pneumotorace previa toracentesi. I risultati sono stati ottimi: guarigioni rapide e nessun residuo di postumi con aderenze pleuriche.

Sull'indacanuria nel tifo.

Dott. CHIRI. — Nel tifo abbiamo scarsa indacanuria.

Richiamandosi ad esperienza di Binda che riscontrava indacano nelle urine dei conigli, tenuti a dieta vegetale, quando somministrava siero di sangue l'A. ha fatto nei diversi settenari in più di 30 casi di tifo la ricarca contemporanea del sangue nelle feci e dell'indacano nelle urine, riscontrando in parecchi casi la coincidenza dei due fatti nel 3°-4° settenario.

ZOIA L. — Osserva in primo luogo che la urobilinuria, pur essendo il bilinogeno prodotto nell'intestino, è sempre espressione di un'emolisi maggiore e di conseguente bilirubinogenesi epatica e perciò, da spiegarsi con meccanismo ben diverso dalla indacanuria. Quanto al rapporto tra indacanuria ed emorragie intestinali, interessante coincidenza messa in chiaro dall'O., ricorda che a Sassari il Gasbarrini studiando l'indacanuria nel tifo mise in evidenza quanto sensibile fosse la sua comparsa anche a una semplice assunzione di una tazza di brodo, forse in rapporto a mutamento delle condizioni di sviluppo di quei germi che sono indoligeni a confronto di quelli che non lo sono (b. del tifo). Ricorda ancora che l'Herter indica essere necessario a produrre indolo dal triptofano il concorso di germi anaerobici (che possano dare ureroseina o acido indolaminoacetico) e aerobici (che staccano da quest'ultimo l'indolo).

E ricorda le ricerche del De Lama nella clinica di Parma fatte nel 1910, in riguardo alla reazione dell'indolo e della ureroseina nelle urine e del triptofano nelle feci.

Sull'infezione sperimentale da paratifo B nel coniglio.

Prof. E. VERATTI e dott. D. CATTANEO. — Mentre il coniglio normalmente è poco reattivo all'infezione da bacilli di tifo e paratifo, Besredka ha comunicato recentemente che colla somministrazione per boca di una certa quantità di bile di bue si determina una reattività particolare all'infezione negli animali che così trattati muoiono in pochi giorni in seguito all'introduzione di virus tifico e paratifo, sia per via boccale, che endovenosa.

Besredka sostiene che la bile ha un effetto desquamante sull'epitelio intestinale così che aprirebbe la via all'attecchimento dei germi.

Gli OO. hanno eseguito numerose serie di esperienze dalle quali risulta che la bile ha realmente un'azione sensibilizzatrice pei conigli in rapporto all'infezione da paratifo B, ma quest'azione non si esercita mediante desquamazione della mucosa intestinale, ma deve essere considerata come una azione generale su tutto l'organismo.

Infatti, mentre da un lato si può constatare che la bile, introdotta anche in notevole quantità colla sonda gastrica, non determina nessuna lesione anatomica apprezzabile sull'epitelio intestinale, d'altro lato la medesima reattività all'infezione si può determinare introducendo la bile nell'organismo per altra via che non quella gastro-intestinale, cioè con iniezioni ripetute nel tessuto cellulare sottocutaneo: conigli così trattati in generale muoiono in breve tempo quando vengono inoculati o per via endovenosa, o per via gastrica, con colture di paratifo B, mentre conigli di controllo senza trattamento preventivo di bile in genere sopravvivono all'introduzione di uguale quantità della stessa cultura.

C. CALCATERRA.

Società di Medicina legale in Roma.

Sedute del 24 aprile, 8 e 24 maggio, 13 e 19 luglio 1920.

Presidente: Tenente Generale Medico FERRERO DI CAVALLERLEONE.

Le tariffe giudiziarie e la scelta dei periti.

Prof. S. OTTOLENGHI. — In occasione di questa comunicazione, la Società ha inviato al Ministro il seguente voto:

« La Società di Medicina Legale di Roma, mentre plaude all'opera svolta dall'E. V. in favore della perizia medico-legale diretta a sollevarne la dignità e il prestigio, fa voti che nell'affidamento delle perizie medico-legali sia data equa e giusta interpretazione all'art. 209 del Codice di procedura penale a garanzia e tutela della serietà della perizia, nell'interesse della scienza e della giustizia ».

Sul potere diastasico del sangue in rapporto alla putrefazione.

Dott. BELLUSSI. — Il sangue fresco di cane prelevato sterilmente dalla carotide possiede un attivo enzima amidolitico la cui azione è pressochè immediata e aumenta progressivamente sino a raggiungere, dopo un dato periodo, dalle 5 alle 6 ore, lo stato di equilibrio.

Tale potere amidolitico si conserva malgrado la putrefazione parecchio tempo, va poi lentamente diminuendo. In un primo tempo viene paralizzato dal fenolo, poi riprende la sua attività pressochè al grado primitivo.

Dott. CONSIGLIO. — *Su alcuni problemi di medicina legale di guerra.*

Proposte di riforme nel campo della medicina legale militare.

Dott. P. CONSIGLIO. — L'O. propone:

1° Istituzione di un corso di psichiatria, neurologia e antropologia criminale per gli ufficiali medici di complemento e di carriera, e di un corso superiore d'istruzione tecnica medico-legale degli ufficiali medici.

2° L'istituzione di centri ed istituti di osservazione per la cura rieducatrice dei nevropatici funzionali.

3° La riforma dell'elenco infermità al riguardo delle anomalie della personalità in rapporto al loro valore sociale.

4° La riforma del sistema punitivo militare e delle sanzioni disciplinari e del sistema carcerario militare e formazione di ufficiali medici specializzati in psichiatria e antropologia criminale.

5° Conveniente profilassi colla selezione razionale dei minorati nell'esercito secondo i postulati della scuola positiva di antropologia e sociologia criminale.

Il metodo planimetrico applicato all'antropometria.

Dott. B. BOLDRINI. — L'O. espone un suo metodo antropometrico, applicabile sopra tutto per lo studio delle asimmetrie e antieuritmie facciali sulle fotografie segnaletiche.

Il metodo consiste nella misurazione per mezzo del planimetro polare, delle superfici dei segmenti diversi della faccia, divisa secondo i criteri descrittivi dell'Ottolenghi, praticato nelle fotografie segnaletiche.

L'O. si propone di stabilire le variabilità medie della misura di superficie di individui scelti a caso, e di quelli classificati secondo i tipi facciali, di calcolare gli scostamenti medi delle misure dei tipi classificati da quelle dei tipi presi alla rinfusa.

In tal modo si renderà possibile col rilievo planimetrico risalire, secondo l'intensità degli spostamenti, alla classificazione dei tipi morfologici.

Potere catalitico e perossidasico del sangue. Una nuova reazione chimica del sangue.

Dott. ANGELO BELLUSSI. — Trattando cc. 0.1 di sangue sciolto in 2 cc. di soluzione 1 % di fenolo con 6 goccie di reattivo di Fehling e 6 goccie di acqua ossigenata al 3 %, l'O. ottiene in modo rapidissimo la comparsa di un bel colore rosso-marrone accompagnato da abbondante schiuma, mentre nel tubo controllo senza sangue e in un altro tubo di controllo con il sangue senza Fehling tale colorazione non avviene.

La reazione avviene con sangue recente ed antico (macchie) e anche quando il sangue è stato decolorato.

In altra serie di esperienze notò che il sangue possiede la facoltà di liberare l'ossigeno non solo dalle sostanze comunemente usate con l'H_2O_2, l'essenza di trementina, l'olio di eucalipto, ma anche da altre sostanze che lo cedono meno facilmente quale, ad esempio, il clorato di potassio.

Dott. NALDO GALASSI. — *Psicopatie di guerra.*

Sulla necessità della revisione degli istituti del Codice civile in precedenza di quelli del Codice penale.

Dott. NALDO GALASSI. — L'O., dopo aver sostenuto con argomentazioni psicologiche, contrariamente a quanto affermano alcune dottrine, che l'idea di bene collettivo e di bene individuale sono due termini perfettamente correlativi, passa ad esaminare la vita dinamica del diritto attraverso le varie epoche storiche e sotto il riflesso delle principali dottrine sociologiche, ed espone le basi razionali di una revisione degli istituti del Codice civile (matrimonio, dottrina delle successioni, diritto di proprietà e diritto delle obbligazioni) con intendimenti biologici e sociali suggeriti dalla necessità storica della completa integrazione dei diritti dell'uomo.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

ISTITUTO PRO LATTANTI. Anno XIV. *Guida sanitaria della città di Mantova.* 1920.

CANTIERI COLLATINO e VEGNI REMO. *Alcune ricerche sull'encefalite letargica.* — Napoli, 1920.

CANTIERI COLLATINO. *Su di un caso di linfogranulomatosi.* — Napoli, 1919.

RIZZO R. *Milza ectopica nella fossa iliaca destra con torsione del peduncolo. Splenectomia. Guarigione.* — Rovigo, 1920.

RIVA-ROCCI S. *La fragilità vasale nell'infanzia.* — Varese, 1919.

MINERBI CESARE. *L'insufficienza cardiaca incipiente e i processi clinici per valutarla.* — Firenze, 1920.

RICCIOLI E. *Considerazioni cliniche sulla temperatura durante le prime fasi dell'attività gastrica.* — Firenze, 1920.

BERTÈ FEDERICO. *La leishmaniosi esterna nelle provincie di Siracusa e di Catania.* — Napoli, 1920.

DEL GUASTA GINO. *Resoconto nosologico di un quadriennio di assistentato nel turno pediatrico della Clinica medica dell'Università di Pisa.* — Pisa, 1919.

VALLARDI C. *Dissenteria amebica. Enteropatie da flagellati e da coccidi.* — Roma, 1920.

VALLARDI C. *Osservazioni intorno agli ascessi epatici di origine amebica.* — Milano, 1919.

VALLARDI C. *Della dissenteria bacillare.* — Milano, 1920.

VALLARDI C. *L'ameba della dissenteria.* (Rilievi morfologici). — Milano, 1920.

PALMIERI GIAN GIUSEPPE. *Per l'interpretazione delle ombre della base del cuore.* — Bologna, 1920.

PALMIERI GIAN GIUSEPPE. *Encondroma sviluppatosi nel sottocutaneo sul tragitto di un proiettile in un ferito di guerra.* — Bologna, 1920.

TROBIA P. *Medicina popolare e medicina scientifica.* (Conferenza). — Caltanissetta, 1920.

MERELLI GINO. *Le ferite da arma da fuoco della regione mastoide durante l'ultima guerra* (1915-1919). — Biella, 1920.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA.

Cura dell'otite media acuta suppurata.

Sintomi. — Otalgia violenta con febbre: timpano iperemico, convesso, sordità, battiti e ronzii, insonnia. Nel bambino sono frequenti i fenomeni meningitici: il padiglione non è dolente, il solco retroauricolare persiste. (G. de Parrel, *Journal des praticiens*, 10 gennaio 1920).

1. *Trattamento calmante e preoperatorio.* — Deve essere ridotto al minimo, poichè è necessario aprire il timpano non appena fatta la diagnosi di ascesso della cassa. Instillazioni, mattina e sera, di: acido fenico nevoso cg. trenta; cloridrato di cocaina cg. quaranta; cloridrato di morfina cg. cinque; glicerina g. 15; riscaldare leggermente a bagnomaria. Applicare alle mastoidi cataplasmi di linseme e tenere del cotone secco sulle orecchie. Disinfettare il naso-faringe con gargarismi (resorcina g. 2 ½ in 300 cmc. di acqua bollita) e pomate nasali (eucaliptol, resorcina ana cg. 30; vaselina g. 30). Nel poppante sostituire la glicerina fenica con olio di vaselina e la pomata nasale con olio al 2 % di olio di eucalipto.

2. *Trattamento chirurgico.* — Deve essere praticato il più precocemente possibile. Previa anestesia al cloruro d'etile e facendo tener ben ferma la testa da un aiuto, s'introduce lo speculum e si affonda l'ago verso la parte posteriore e media dei timpano, portandolo poi verso la parte anteriore corrispondente. Per scacciare bene il pus dalla cassa è preferibile una doccia d'aria, anzichè il processo di Valsalva. Subito dopo l'operazione s'introduce un tampone imbevuto con acqua ossigenata a 12 volumi, che si lascia per cinque minuti. Si applica poi un tampone di cotone asciutto.

3. *Trattamento post-operatorio.* — Tre volte al giorno bagni con acqua ossigenata a 12 volumi diluita a parti uguali con acqua; dopo aver asciugato si introduce uno stuello di cotone asettico. Dopo 3-4 giorni, diminuita la suppurazione, si fanno al mattino lavature con liquido di Dakin, alla sera instillazioni con glicerina con resorcina (1/25); quando poi lo scolo si fa sieroso e filante si fanno applicazioni quotidiane di stuelli asciutti, asettici.

In tutto il trattamento si userà sempre la più scrupolosa asepsi. L'eventuale dermite periauricolare si tratta con la seguente pomata: ossido di zinco g. 3; resorcina cg. trenta; vaselina g. 15.

È importante la profilassi: nelle infezioni e febbri eruttive praticare la disinfezione del rino-faringe, come si è accennato. Se vi è angina proibire di soffiarsi il naso contemporaneamente con le due narici; asportare le eventuali vegetazioni adenoidi.

l. b.

L'idrorrea nasale.

È una malattia non del tutto rara, caratterizzata anatomicamente da edema dei cornetti, che si manifesta ad accessi, indipendentemente da ogni infiammazione anteriore del naso o dei seni; è una forma di vera idropisia locale.

Il quadro clinico rassomiglia a quello dell'asma da fieno.

Ad una sensazione di estrema irritazione nasale seguono gli starnuti ed uno scolo variabile da 30 a 250 gr. nelle 24 ore, di un liquido chiaro alcalino, contenente mucina e non glucosio, ciò che lo differenzia dal liquido cefalorachidiano, che talvolta scola dal naso, in seguito a traumatismi.

All'esame si nota la mucosa pallido-bluastra, talora translucida, cornetti tumefatti, che riempiono la cavità nasale, ma che non sono ipertrofici, tanto è vero che il volume se ne riduce con l'applicazione di adrenalina e cocaina.

Lo scolo può durare tutto il giorno, oppure qualche ora, e ricominciare l'indomani. La malattia ha andamento cronico e può continuare per anni con alcune remissioni; è aggravata dall'umidità, dalla polvere, dai venti freddi. Dopo qualche mese si possono notare dei polipi; la loro asportazione non fa cessare i sintomi.

L'idrorrea nasale si distingue dall'asma da fieno, perchè si osserva in ogni stagione, e perchè i malati non sono sensibili alle eccitazioni che provocano l'asma, come il polline e le emanazioni animali.

Secondo J. A. Thompson (*Journ. of Am. med. Assoc.*, 23 agosto 1919), che ne ha osservato diversi casi, la causa di tale malattia è oscura. Per lo stato nevropatico dei soggetti, che può confinare con la melanconia, la comparsa di crisi sotto l'influenza di cause psichiche, l'associazione con la malattia di Quincke, l'A. assimila l'idrorrea nasale all'edema angio-neurotico e le considera come espressione di un'affezione nervosa. Tale concetto del resto è anche appoggiato dai risultati della terapia, chè sono scarsi con l'intervento locale (adrenalina, operazioni) ed invece migliori col trattamento generale tonico ed igienico (doccie, esercizi all'aria aperta, ecc.).

l. b.

Il trattamento dell'epistassi.

In presenza di un'epistassi vicariante (amenorrea) o supplementare (pletora, arteriosclerosi) è bene astenersi da ogni tentativo di arrestarla. Ogni altra epistassi va frenata sin dal principio con procedimenti asettici e moderni. *Escludere quindi il tamponamento posteriore*, che forma cavità chiusa, il *percloruro di ferro*, inefficace ed irritante, le *aspirazioni di acqua fredda*.

Nel caso di un'emorragia molto lieve, qualsiasi manovra terapeutica (larghe inspirazioni, soffiarsi fortemente il naso) basta per frenarla. Se il sangue continua a colare, si introduca un piccolo tampone di cotone imbevuto con acqua ossigenata pura a 12 volumi, oppure con soluzione di antipirina o di cocaina-adrenalina, ovvero con una polvere composta di allume, tannino, acido borico, talco, a parti uguali. Se l'emorragia è grave e, nonostante tali mezzi, continua, si detergerà la fossa nasale, scoprendo il punto sanguinante e cauterizzandolo con acido cromico, non nitrato d'argento, o, meglio, col galvano-cauterio. Tale è il trattamento di scelta nell'emorragia da rottura di varice, che è la più frequente.

Se l'emorragia continua o non si può trovarne l'origine, si procederà al tamponamento, con una lunga striscia di garza asettica o jodoformizzata, che si lascia per non più di 24 ore; per distaccarla bene la s'imbibisce con acqua ossigenata, facendo poi fare al paziente, dopo l'estrazione, profonde inspirazioni; dopo avergli fatto soffiare il naso, si introduce una massa di vaselina alla resorcina (1/10), che si fa rinnovare spesso, durante il giorno. Eventualmente può essere utile l'uso del pallone emostatico.

Non va trascurato il trattamento generale: iniezioni sottocutanee di siero gelatinato; se il polso è debole, caffeina ed olio canforato. Per bocca una soluzione di cloruro di calcio ed ergotina (ana gr. 4 per 120 di acqua).

Le epistassi provocate da odori si osservano raramente, ed in soggetti neuroartritici, a pituitaria erettile, anche queste epistassi cedono con i trattamenti indicati. *l. b.*

I pericoli delle inalazioni di jodio.

Recentemente S. Plesch aveva raccomandato le inalazioni di vapori di jodio, come mezzo profilattico contro l'influenza, basandosi sulla osservazione che il personale di un laboratorio di chimica, in cui si svolgevano spesso vapori di jodio, era rimasto immune durante un'epidemia di influenza. Egli consigliava quindi di inalare 2-3 volte al giorno i vapori che si svolgono dallo jodio rimasto da una soluzione alcoolica messa in strato sottile sopra un piatto.

Il metodo non è affatto nuovo, poichè le inalazioni dei vapori che si svolgono dallo jodio o dalla jodoformina, sono state consigliate da molto tempo, in molte malattie; agli Stati Uniti sono anche stati messi in vendita degli apparecchi speciali.

Tali inalazioni però sono ben lungi dall'essere innocue; esperienze di B. Luckhardt e dei suoi collaboratori (riferite da Cheinisse in *Presse médicale*, 14 agosto 1920) dimostrano anzitutto che l'inalazione di jodio, anche a dose minima (12 mg. per kg.) provoca dispnea e, se spinta a 18 mg. può provocare la morte per edema polmonare acuto, che si manifesta tanto più rapidamente se esistono tracheite o bronchite.

L'inalazione determina dapprima elevazione moderata e transitoria della pressione sanguigna, con acceleramento dei movimenti respiratorî, che diventano più ampî. Segue una diminuzione relativa della tensione arteriosa, si manifestano disturbi respiratorî (rantoli, respirazione bronchiale), che si vanno accentuando progressivamente. Poi la tensione arteriosa si abbassa improvvisamente, mentre compaiono i sintomi di edema polmonare acuto: i movimenti respiratorî diminuiscono di numero e di ampiezza fino all'arresto completo.

In complesso i vapori di jodio producono gli stessi effetti di quelli di cloro e di bromo; tenuto conto delle esperienze riferite, basterebbe l'inalazione di g. 1.26 per provocare la morte di un uomo in 24 ore: la quantità sarebbe assai minore quando preesistessero affezioni dei bronchi e dei polmoni. Le inalazioni di jodio risulterebbero quindi formalmente controindicate.

fil.

Ulcera sifilitica tonsillare a forma anginosa.

Rendu (*Soc. des Sciences médic. de Lyon*, 1920) ha osservato un soggetto, che si ammalò con forte dolor di gola, poca febbre, lombaggine, disfagia per gli alimenti solidi, ingrossamento della tonsilla destra, manifestazione di un ganglio presso l'angolo mascellare. Scomparsa, dopo 8-10 giorni, la disfagia, persisteva l'adenopatia, e la tonsilla lasciava sospettare un adeno-flemmone. Diminuì poi il ganglio, che si presentava duro ed era sospetto per l'unilateralità e l'assenza di reazione infiammatoria. All'esame generale si trovò una netta roseola maculo-papulosa. Il rapporto sessuale aveva avuto luogo 15-20 giorni prima.

La diagnosi di queste forme, specialmente se manca, come in questo caso, l'indurazione tonsillare è difficile se non si tiene conto dei caratteri speciali dell'adenopatia e dei fenomeni secondari molto precoci. *r. s.*

IGIENE.

La profilassi della polmonite con la sterilizzazione dei portatori.

S. Sailer, M. Hall, L. Wilson e C. MmMoy (*Archives of internal medicine*, 15 dicembre 1919), durante una epidemia diffusa e micidiale di pneumonite, hanno osservato che i portatori avevano gran parte nella diffusione della malattia. Le colture, eseguite su agar-sangue con successivo isolamento in brodo al sangue ed identificazione (resistenza al Gram, solubilità in bile, agglutinazione), hanno rivelato che fra i soggetti sani vi era il 16 % di portatori, fra cui il 24 % aveva tipi ben definiti (I, II, III) in quantità elevata.

Gli AA. ricorsero a parecchi disinfettanti per la sterilizzazione di tali portatori; i più efficaci sono risultati l'acido fenico al 3 % e la tintura di jodio al 5 % in olio di vaselina, usandoli per instillazioni nasali e pennellature della gola ripetute due volte al giorno. Dopo 8 giorni i pneumococchi erano scomparsi.

fil.

Una campagna antimalarica.

Nel *Journ. Am. Med. Ann.* (16 agosto 1919) vengono rilevate le differenze nei risultati avutisi a Dar-es-Salaam, tra la profilassi meccanica, integrata da quella chininica, già adottata dai tedeschi, e le misure antianofeliche, ora praticate dalle autorità militari inglesi, sull'esempio delle campagne di Panama e di altre località.

La profilassi meccanica era oltremodo fastidiosa, rimaneva limitata alle abitazioni degli europei e dava una difesa incompleta; la profilassi chimica era poco pratica e, forse per questo, poco efficace; le misure antianofeliche invece hanno fatto scomparire praticamente gli anofeli, e con questi la malaria.

La campagna verrà estesa ora ad altre località dell'Africa orientale, già tedesca. Gl'indigeni vengono trenati nelle misure di disanofelizzazione.

P. L.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Urobilinuria ed urobilinemia.

L. Halm (*Zentralblatt f. inn. Med.*, n. 11, 1920) rileva anzitutto che l'urobilina, rispettivamente l'urobilinogeno, è un componente dell'urina normale. Per dimostrare queste sostanze, si aggiungono a mezza provetta di urina 1-2 gocce di tintura di jodio diluita (per ossidare il cromogeno) e poi ammoniaca fino a reazione leggermente alcalina; si filtra dopo aver aggiunto un egual volume di soluzione alcoolica al 10 % di acetato di zinco. La presenza dell'urobilina è allora svelata dalla fluorescenza del liquido.

In condizioni patologiche si può riscontrare un'iper- o un'ipo- od anurobilinuria.

La prima condizione si riscontra nelle lesioni epatiche, la seconda nelle occlusioni complete del coledoco e nella glomerulonefrite cronica. Nell'ultimo caso i reni sono incapaci di secernere l'urobilina contenuta nel sangue in una certa quantità. È necessario eseguire tale ricerca su grandi quantità di siero (50 cm.). Si mescola al siero una quantità 4-5 volte maggiore di alcool al 96 %; dopo dodici ore si centrifuga, si separa l'alcool dall'albumina precipitata, che viene nuovamente sospesa in un po' d'alcool e dopo qualche tempo centrifugata. Tutto l'alcool viene allora riscaldato a bagnomaria a 40° sotto pressione diminuita, fino a ridurne il volume a soli 50 cmc.; questi si diluiscono con acqua in proporzione di 4/5 del loro volume, e si agitano bene con 10-20 cmc. di alcool amilico. Si estrae l'urobilina dall'alcool amilico coll'aggiunta di 50 cmc. di potassa caustica al 2-3 %; separata la soluzione alcalina, la si acidifica con acido solforico diluito e la si mescola con 20 cmc. di cloroformio.

Si concentra poi la soluzione cloroformica ed in essa si dimostra con la prova della fluorescenza la presenza dell'urobilina.

L'A. pensa che sarebbe utile stabilire quale sia, nell'individuo normale, la quantità minima di siero di sangue in cui si possa, col metodo suddetto, dimostrare la presenza dell'urobilina (nei casi da lui esaminati la quantità minima fu di 48 cmc.). Si potrebbe allora facilmente dimostrare la presenza di un'iper- o di una ipourobilinemia.

POLLITZER.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1212) *Sulle iniezioni dei sali di chinina.* — Al dott. Pietro Pugliese, Laterza:

In tutte le iniezioni ipodermiche il dolore è dato dall'azione meccanica (discissione parcellare dei tessuti: si tratta di una vera ferita a cute integra) e dall'azione chimica, la quale varia molto con la natura della sostanza. I filamenti sensitivi e nervosi e le loro terminazioni vengono per tal modo ad essere stirati, strappati, irritati, talvolta distrutti.

I sali di chinina esercitano in grado elevato l'azione irritante e necrotizzante: essa è dovuta in parte all'alcaloide, in parte all'acido cui l'alcaloide deve la sua solubilità. I sali neutri di chinina (detti impropriamente anche acidi, perchè effettivamente acidissimi al tornasole), come il bicloridrato, sono più irritanti di quelli basici, appunto perchè più ricchi di acidi, che li rendono solubilissimi. Oggi si è appreso a far uso anche dei sali basici: essi vengono solubilizzati formandone dei composti, i quali sono molto bene tollerati: così l'etiluretanato (Gagliò), la chinopirina (Saintesson).

Le iniezoni ipodermiche di chinina provocano con relativa facilità dei processi reattivi locali: alle volte si ha produzione di ascessi, di flemmoni, di escare, imputabili ad errori manifesti di tecnica; ma per lo più si tratta di flogosi lente e poco attive: probabilmente i germi vi pervengono, anche allora, perchè non si osserva un'asepsi rigorosa, ovvero perchè nei tessuti alterati i germi circolanti col sangue si fissano e attecchiscono (sovratutto in individui deboli, con vitalità ridotta per malattie adinamiche, o con idiosincrasia verso la chinina).

In queste condizioni il riassorbimento del rimedio risulta ostacolato; anzi prevale il processo difensivo, che tenderebbe a farlo espellere. Così il rimedio persiste entro il focolaio e, un po' per volta, esso viene isolato da un guscio impermeabile di tessuto fibroso.

Come altri tessuti cicatriziali o come le callosità epidermiche, questi indurimenti risentono l'azione dell'umidità o della secchezza dell'aria, forse perchè cambiano di volume nei cambiamenti di tempo, di modo che i filetti nervosi circostanti risultano compressi o stirati: comunque, in tali condizioni provocano dolori, dei quali continuano a lamentarsi a lungo i pazienti.

In modo analogo alla chinina si comportano altri rimedi, in specie il calomelano.

Alle volte si rende necessario di aprire od enucleare i noduli: nell'interno vi si ritrova ancora il sale iniettato!

Nei soggetti grassi tutti questi disturbi sogliono essere meno accentuati, perchè il tessuto adiposo è poco provvisto di terminazioni nervose.

Quanto alle iniezioni intramuscolari, sogliono eseguirsi soltanto nella regione glutea, in luoghi d'elezione (punti di Fournier, di Barthélemy, di Balzer, di Gallot, di Smirnoff, e in linea genérale verso l'alto della regione) così da non ledere tronchi nervosi importanti; vengono praticate piuttosto profondamente, così che cadano, in pieno, nel parenchima muscolare e non determinino una distensione localizzata delle guaine muscolari prossime alla superfice cutanea, le quali sono quelle che «giocano» di più: per questo motivo e perchè tese, resistenti e ricche di terminazioni nervose, possono derivarne dolori molto intensi. Meno bene dei glutei si prestano le masse muscolari del dorso. Volendo evitare di cadere in una vena, s'introduce prima l'ago e si aspetta qualche istante: se non viene sangue, s'innesta la siringa e si esegue l'iniezione.

Alle iniezioni intramuscolari si dà la preferenza per i medicinali irritanti (come sono i sali di chinina) in quanto, *se bene eseguite*, non cagionano molto dolore; è da tener presente che possono riuscire pericolose quando si forma un ascesso necrotico, il quale alle volte determina vaste distruzioni e perdite di sostanza: come postumo può aversi atrofia muscolare con riduzione della funzionalità. Per questi motivi non crediamo che meritino tutta la voga di cui godono.

Le iniezioni endovenose costituiscono un intervento d'eccezione; contro di esse però si hanno ancora delle prevenzioni infondate. Comportano un'azione terapeutica immediata. Si prestano per molte sostanze, compresi i sali di chinina.

Le iniezioni endovenose dei sali di chinina vanno praticate molto lentamente; è bene di associarvi un po' d'adrenalina, per prevenire l'azione depressiva che la chinina esercita sulla tensione arteriosa la quale è già molto bassa nei malarici; per es.:

Cloridrato basico di chinina gm. 0.40; Etiluretano gm. 0.20; Adrenalina al millesimo gocce II; Acqua distillata q. b. per 1 cmc.

L. VERNEY.

(1213) *Nodosità del sottocutaneo in seguito all'uso dell'olio canforato.* — Al dott. M. G. da G.:

Nel n. 34, Sezione pratica, del nostro giornale, sono ricordati gl'inconvenienti dell'olio di vaselina usato come eccipiente.

Il trattamento dei noduli consiste in impacchi caldi cloruro-sodici e riposo della parte in primo tempo, in blando massaggio quando i fenomeni irritativi siano cessati. *t. p.*

CENNI BIBLIOGRAFICI

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

B. GRASSI e M. SELLA: 2ª *Relazione della lotta antimalarica a Fiumicino*. 1 vol. in-8 di pag. VIII-314 con 12 tavole e con figure intercalate. Supplemento agli «Annali d'Igiene», 1920.

Questo magnifico volume che la Redazione degli «Annali d'Igiene» offre con vera generosità ai propri abbonati, descrive la campagna antimalarica condotta metodicamente a Fiumicino dal sen. Grassi e dal prof. Sella; di più contiene una raccolta di elementi preziosi sulla biologia delle anofele: essi varranno a guidare e predisporre razionalmente le campagne antimalariche del genere; ci presenta anche alcuni studi collaterali pregevoli sulla biologia degli ematozoi.

Tra i fatti posti in rilievo ci limitiamo a segnalarne alcuni: viene confermato che le anofele alate muoiono entro il mese di aprile, di modo che non assumono nessun compito nel collegamento interepidemico (ne risulta avvalorata l'importanza della bonifica umana, da farsi largamente nel periodo preepidemico e al principio dell'epidemia); esse si raccolgono e vivono in luoghi d'elezione, come le stalle l'inverno e i porcili d'estate; si mostrano capaci di superare rapidamente distanze enormi (in una sola notte 2500 m.); durante l'estate un solo pasto di sangue basta loro a far maturare le uova, ecc. Sono state precisate le condizioni e le limitazioni dei mezzi di distruzione delle zanzare, prendendo di mira tutte le fasi di vita (per es., la lotta contro le alate è stata attuata mediante le bombe fumigene, l'acido cianidrico, la cattura diretta, le trappole, ecc.).

Conclusione generale d'indole pratica è che non si riesce a distruggere interamente le zanzare, ma basta ridurne il numero e l'infettività, raggiungendo il così detto *anofelismo senza malaria*: a tale scopo risponde l'associazione della disanofelizzazione parziale con la bonifica umana o cura radicale dei malarici; risponde pure l'associazione della bonifica umana con la difesa meccanica ed eventualmente con quella chimica.

Incidentalmente il Grassi fa una rivendicazione delle fondamentali scoperte da lui compiute nel campo della malariologia: dal compito delle anofele al ciclo di sviluppo dell'ematozoo, alla bonifica umana. Egli sostiene con vari argomenti l'unicità e il pleomorfismo dei parassiti; denega la partenogenesi dei macrogametociti; espone una valida difesa della dottrina zanzaro-malarica, che costituisce il perno della lotta.

Nell'esecuzione dei lavori scientifici e pratici e nel redigere l'importante relazione hanno cooperato molti volenterosi: così il Luccherini dà il suo nome ad un capitolo di biometrica.

Purtroppo non si possono approvare alcune punte personali — per quanto possano considerarsi come ritorsione — dirette contro un malariologo appassionato, il Fermi, il quale può essere incorso in contraddizioni e conclusioni affrettate, ma del quale non è possibile disconoscere il valore e le benemerenze che la stessa relazione ha cura di mettere in rilievo: tra l'altro, spetta a lui il merito di aver attuato per primo la disanofelizzazione, fin dal 1899.

Esprimiamo l'augurio che i cultori della malariologia in Italia diano tregua alle personalità e alle intolleranze!

Non v'ha motivo alcuno di conservare in questo campo, ove c'è posto e lavoro fecondo per tutti, quell'atmosfera di astiosità accademica e di gelosia professionale che, in addietro, nocque tanto al progresso degli studi sulla malaria, nel nostro paese.

Tutto considerato, la splendida pubblicazione di Grassi e Sella contiene una mole imponente di ricerche e di osservazioni del più alto pregio.

R. B.

BALFOUR ANDREW: *War against Tropical disease*. Un vol. in-8 di 219 pag. con 180 figure, rilegato. — Baillière, Tindall e Cox, ed., Londra. — Prezzo scellini 12/6.

Nel 1913, è stato fondato a Londra il *Welcome Bureau of scientific research*, destinato alle ricerche di medicina ed igiene tropicale, con laboratori per la parte fisiologica (sierologia, batteriologia, farmacologia) e chimica. Sotto gli auspici di questo ufficio si pubblica il presente volume, che costituisce l'introduzione ai futuri lavori, e mette in rilievo l'importanza dell'igiene tropicale, descrivendo le malattie e gli inconvenienti igienici, che si hanno nei climi caldi, ed il modo di ovviarvi. Il libro è destinato anche ai profani ed è ornato da belle e dimostrative illustrazioni.

fil.

W. G. KING: *Vaccination in the Tropics*. 1 op. in-16 di pag. 64. — Londra, Tropical Diseases Bureau, 1920. — Prezzo sc. 5.

È un'esposizione completa del problema della vaccinazione jenneriana: dopo un accenno alla storia ed alla valutazione dell'efficacia, l'A. descrive la tecnica della coltivazione del vaccino *in vitro*, della raccolta, della depurazione, della conservazione, ecc., con speciale riguardo alla produzione nelle regioni tropicali.

Il lavoro è destinato ad essere distribuito ai Governatorati delle Colonie inglesi nell'Africa tropicale.

R. B.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Ufficiali medici effettivi e ufficiali medici di complemento.

Le parti si sono invertite. Non è necessario ricordare che durante la guerra le condizioni degli ufficiali medici effettivi parevano migliori di quelle dei colleghi di complemento. Allora quando la guerra sembrava non dovesse mai finire e dovesse costituire la condizione abituale della vita, quando la guerra era tutto e tutto veniva considerato come se quello stato fosse immutevole, le più o meno rapide promozioni degli effettivi erano motivo di invidia da parte dei medici civili chiamati alle armi, i quali cronicizzavano nel medesimo grado. Allora non si pensava che la guerra era una cosa transitoria, che la professione di medico militare era per i richiamati una parentesi, mentre per gli effettivi era tutta la vita.

Vero è che attualmente le condizioni degli ufficiali medici effettivi non costituiscono motivo di invidia per nessuno dei colleghi che hanno felicemente lasciato il servizio militare e sono ritornati alla pratica civile.

Il Corpo sanitario militare trovasi attualmente in uno stato ancora più penoso di quel che fosse prima della guerra, sia per il numero a cui sono ridotti gli ufficiali effettivi, come per le condizioni morali e materiali che a questi vengono fatte.

Che il numero degli ufficiali medici sia inferiore alle esigenze del servizio è provato ad evidenza dal fatto che il Ministero della guerra richiama continuamente molti medici di complemento. Questi compiacentemente si prestano perchè in effetto le condizioni di assunzione sono discrete. Lo stipendio giornaliero netto è superiore a quello dei loro colleghi effettivi, l'orario di servizio e spesso le mansioni sono prestabilite secondo i desiderî del richiamando, e naturalmente sono fissate in modo da poter consentire al medico di svolgere indisturbata o quasi l'attività professionale privata. In conseguenza a tali colleghi è riservato il servizio più comodo e meno gravoso, è concessa la licenza a semplice richiesta, è consentita l'esenzione dal servizio di guardia agli ospedali. Tutto ciò naturalmente a tutto scapito degli effettivi, ai quali sono riservate le mansioni più gravi, ai quali è commessa tutta la responsabilità del servizio. Senza dire che i traslochi, i trasferimenti, le missioni sono continuamente all'ordine del giorno.

Con siffatto stato di cose è facile immaginare quale beneficio praticamente si tragga dalla concessione di cui dovrebbero godere gli ufficiali del Corpo sanitario militare di potere liberamente esercitare la libera professione.

Per quel che riguarda le condizioni economiche basta ricordare che gli ufficiali medici hanno lo stesso stipendio degli ufficiali di altre armi, i quali per note ragioni hanno raggiunto gradi altissimi in giovanissima età, mentre molti medici sono appena maggiori al limite della vecchiaia. Nè c'è un compenso nella indennità speciale d'arma, perchè sotto tale riguardo sono assegnate 1500 lire, quante cioè agli ufficiali di cavalleria.

Che con questa prospettiva nessuno più voglia intraprendere o continuare la carriera del medico militare è più che logico. Infatti le dimissioni dei capitani medici effettivi diventano sempre più numerose ed è ormai noto a tutti che al concorso per 100 posti di ufficiale medico effettivo presero parte solo 10 tenenti.

Continuando su questa via il Corpo sanitario militare va perdendo i suoi elementi migliori, mentre non si rinsanguerà mai di elementi vivificatori, e si infiltreranno elementi sempre più scadenti.

Se il Ministero della guerra si contenta di rabberciare un qualsiasi servizio reclutando come avventizi i medici locali, faccia pure. Gli organi burocratici saranno soddisfatti di avere formalmente sistemato il servizio sulla carta, non potranno certo essere soddisfatti coloro, i poveri soldati malati, che dovranno subire gli effetti di tanta disorganizzazione, nè si avvantaggerà la disciplina dell'esercito, che ha nel medico uno tra i più importanti strumenti.

E non saranno neppure contenti i contribuenti, che vedono sperperare il danaro pubblico nel richiamo di tanti ufficiali medici di complemento, mentre meglio organizzando ed integrando con opportune riforme il Corpo degli effettivi si potrebbe avere un servizio migliore e meno dispendioso.

Alcuni colleghi per eliminare l'inconveniente hanno proposto un'azione collettiva nel senso che i medici civili debbono rifiutarsi di assumere servizio militare. Solo così si potrebbe costringere il Governo a migliorare moralmente e materialmente le condizioni degli ufficiali medici effettivi.

Tale proposta presuppone uno spirito di colleganza molto elevato. Noi non vogliamo essere scettici al riguardo, tanto più che non sarebbe azzardato presumere che i medici possano avere imparato qualche cosa dalle classi operaie.

Pangloss.

Cronaca del movimento professionale.

A proposito della mania scioperaiuola.

Il pazzesco sciopero *biorale* di giorni fa merita qualche considerazione.

Se noi medici fossimo evoluti e coscienti come i ferrovieri o come i tramvieri, e se anche noi, per quella bella solidarietà che vi è nell'invocare e provocare la rovina della Patria, avessimo fatto lo sciopero di due ore? Alle tre precise noi avremmo dovuto sospendere le operazioni chirurgiche in corso, lasciando le pance aperte, i monconi di gambe scoperti, i bisturi infissi negli occhi; avremmo dovuto sospendere il pronto soccorso ai feriti, agli avvelenati, ai moribondi; avremmo dovuto lasciare gli aghi delle siringhe dentro le carni del malato, per ripigliare però il lavoro alle 17! Che ne penserebbe la classe operaia scioperante della nostra solidarietà?

E le famiglie di coloro che muoiono per la solidarietà e la disciplina di classe, che ne penserebbero?

Io sono un vecchio fautore della necessità di unire la classe medica e di renderla la salvatrice della Patria e della umanità che si è posta su la via della rovina. Si pensi bene che sarebbe bastata la minaccia della nostra solidarietà per far comprendere agli operai da quale forma di pazzia siano presi i loro organizzatori, e basterebbe la nostra adesione di poche ore per non consentire più nessuna prova di sciopero dei pubblici servigi. Nè può valere il richiamo al nostro dovere verso l'umanità, verso l'umanità che non ha nessun riguardo per noi. E poi che differenza vi è fra me medico che non opero un malato o che sospendo una operazione in corso, ed il ferroviere che ferma il cuore della Nazione, o impedisce il mio cammino verso una madre morente, o verso mio figlio ammalato? Che differenza vi è fra me che mi rifiuto di curare un infermo ed il postelegrafonico che non spedisce un telegramma che invoca l'aiuto di un medico per curare una persona a lui cara?

Queste cose gli operai le comprenderebbero, perchè la massa è buona, e toccata nel cuore reagirebbe in bene, se noi borghesi *veramente vili* scendessimo fra loro e aprissimo loro gli occhi che le sono chiusi da borghesi ben più vili di noi che per la ambizione di una medaglietta di deputato o per la malvigità del loro animo incitano il popolo solleticandone la presunta inferiorità e sfruttandone l'ignoranza. Siamo così vili da non poter parlare? e allora ricorriamo all'arma di cui si servono i sobillatori e organizzatori, scioperiamo anche noi e con l'esempio faremo toccar con mano a quale delitto verso l'umanità si prestano i lavoratori. Solamente toccando gli operai nei loro affetti e nella loro famiglia, mediante uno sciopero di medici, essi comprenderanno quale sia il danno che essi procurano all'umanità prestandosi al gioco dei borghesi loro capi che vivono oziando e bagordando col soldino proletario: veri pescicani dell'ignoranza e della buona fede!

Su questo argomento tornerò ancora, poichè voglio riuscire a due scopi che mi son prefissi: uno di far comprendere bene ai medici la necessità di unirsi per compiere una grande missione: salvare l'umanità; l'altra di far toccare con mano agli operai, per opera nostra, che siamo gli operai più tartassati, più sfruttati e peggio trattati, che non è nella rovina che si trova la ricchezza e che non è nella sventura che si deve cercare la felicità.

Dott. GIULIO FAELLI.

Confederazione italiana del lavoro intellettuale.

Si è tenuto in questi giorni a Roma il primo Congresso dei lavoratori intellettuali, con concorso di numerosi rappresentanti di Associazioni, di professionisti e di impiegati delle pubbliche e private amministrazioni, tra le quali la Federazione Nazionale Medici-Chirurgi liberi professionisti, il Sodalizio della stampa periodica non quotidiana, il Fascio italiano dei medici reduci, le Sezioni delle Confederazioni già sorte nei capoluoghi di regione e in numerose città capoluoghi di provincia, ecc.

Alla seduta inaugurale il segretario generale Fabbri, a nome della Direzione centrale, espose quanto è stato compiuto in 8 mesi di lavoro ed i risultati ottenuti nel campo dell'organizzazione intellettuale.

Il presidente N. G. Caimi porta il saluto della Sezione di Roma ai congressisti, approfondisce lo spirito prettamente sindacale e apolitico del movimento, colorisce efficacemente il quadro delle agitazioni sociali e profila l'oscuro domani di quelle categorie che vi si affacceranno pavide e disorganizzate.

L'avv. Valente, della Direzione centrale, spiega le origini del movimento confederale ravvisandole in quello stesso impulso psicologico derivato dalla guerra che ha portato la massa operaia alle odierne agitazioni. Afferma che se non mancherà la comunione degli sforzi la vittoria sarà sicura e completa e profittevole all'intera società.

Nello svolgimento dei lavori il segretario generale, avv. Fabbri, richiamandosi alle origini del movimento sorto con concorde spirito in tutte le città d'Italia, espone i risultati del lavoro di propaganda eseguito. Richiama le linee fondamentali del programma d'azione della Confederazione: istituzione degli uffici del lavoro presso le Sezioni locali, valorizzazione del lavoro intellettuale nei rapporti sociali, emissione di un prestito confederale per finanziare il movimento. Dà conto dell'intervento della Confederazione in difesa del movimento economico dei medici provinciali.

Il programma della Confederazione nei riguardi dei partiti politici viene riassunto nelle seguenti conclusioni: apoliticità della Confederazione; adozione del metodo sindacale nell'organizzazione di classe; indipendenza dai partiti politici.

L'avv. Ginatta, della Sezione torinese, riferì sulle: «Assicurazioni sociali in favore dei lavoratori intellettuali». Egli illustrò i concetti fondamentali che dovranno informare la futura legislazione in materia, riassumendoli in uno schema che sottopose all'esame del Congresso.

Si acclamò Firenze a sede del futuro Congresso.

A far parte della Direzione centrale fu chiamato il prof. Boveri, della Federazione Nazionale Medici-Chirurghi.

Il Congresso designò Milano come sede provvisoria della Confederazione.

Proteste dei medici reduci dalla guerra.

La Federazione Italiana Reduci Medici-Chirurgi ha inviato ai commendatori Lutrario e Pironti, direttori generali della Sanità Pubblica e Amministrazioni civili, la seguente lettera aperta:

«Il Consiglio federale dei medici reduci italiani: udita la relazione della Presidenza federale in merito al memoriale presentato a S. E. il Presidente del Consiglio dei ministri; preso atto della lettera diretta dalla Presidenza federale a tutti i colleghi interessati; appreso con stupore l'esito completamente sfavorevole e la negativa risposta a richieste che per la loro giustizia ed equanimità dovevano imporsi a tutela dei diritti dei reduci medici; approvata la lettera del presidente dell'Ordine dei Medici di Roma, testè inviata, per la sua collegiale solidarietà nell'apprendere con rammarico e sorpresa l'esito sfavorevole delle pratiche insieme alla Federazione Italiana Reduci Medici Chirurgi espletate; meravigliato perchè funzionari preposti ad Enti di Stato possano considerare con assoluta noncuranza e poco riguardoso apprezzamento la classe medica che fu maggiormente sacrificata per la guerra in servizio dello Stato; delibera che l'azione deve essere portata dai propri rappresentanti in Parlamento ed alla Federazione Italiana degli Ordini dei Sanitari; invita le SS. VV. a prendere, con dichiarazione scritta, la responsabilità che loro spetta per le dichiarazioni sinora puramente verbali fatte a mezzo d'interposta persona ai nostri rappresentanti federali».

Congedo di medici e farmacisti militari.

Il Ministero della guerra determina che, a cominciare dal 25 ottobre, e non più tardi del 5 novembre, siano inviati in licenza temporanea da ricollocarsi successivamente in congedo gli ufficiali medici e farmacisti di complemento e di M. T. e gli aspiranti medici nati nel primo semestre dell'anno 1895.

Con analoghe modalità saranno inviati in congedo gli ufficiali medici e farmacisti di complemento e di M. T. e gli aspiranti medici nati nel secondo semestre dell'anno 1895 a cominciare dal 10 novembre e non più tardi del 20 detto.

Potranno essere trattenuti in servizio quelli che ne abbiano fatta, e ne facciano domanda.

Il Ministero si riserva la facoltà di sospendere per gruppi e per individui, determinati invii in licenza, sia per necessità constatata dal Ministero stesso, sia per proposta motivata da parte delle autorità interessate.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8502) *Modifiche al capitolato.* — Dott. F. F. da C. — A posto coperto e senza il consenso del sanitario non possono essere introdotti nel capitolato i nuovi oneri di cui è cenno nel quesito, giacchè essi sono affatto estranei al servizio della condotta, e si riferiscono ad altri enti forniti di rendite proprie tali da poter assicurare, anche solo per proprio conto, l'adempimento dei fini della rispettiva opera. Si potrebbe fare eccezione per quelli indicati ai numeri tre e quattro in quanto che riferendosi alla cura dei poveri di passaggio ed alla sostituzione reciproca dei condottati in caso di congedo, non si esce dai confini del servizio della condotta, al cui regolamento è sempre preposta la pubblica amministrazione. Può ricorrere contro la decisione della Giunta Provinciale Amministrativa al Governo del Re nel termine di giorni 30 dalla notifica, in conformità di quanto dispone l'articolo 31 del regolamento generale sanitario.

(8503) *Infortuni sul lavoro.* — Dottore abbonato 3681. — L'obbligo dello esercente della impresa di provvedere alle prime urgenti cure dello infortunato risulta dallo articolo 9, capoverso ultimo, del Testo Unico del 31 gennaio 1904, n. 51. Per prime immediate cure si intendono quei soccorsi di urgenza che è necessario vengano subito apprestati all'infortunato, ivi compresa la prima medicazione fatta dal medico, il conveniente accompagnamento ed il trasporto del ferito finchè esso sia costituito in condizione normale di cura. Di tal che non è a carico dello industriale la spesa per l'operazione chirurgica, nè il compenso al sanitario che è chiamato da casa all'ospedale, ove manca il medico di guardia.

(8504) *Indennità caro-viveri.* — Dott. A. G. de W. da I. — L'indennità caro-viveri compete anche ai medici condotti interini purchè ricoprano un posto il cui titolare sia mancante e non semplicemente assente. Siccome il D. L. che concedeva tale indennità non fa distinzione fra medici pagati a giorni e medici pagati a mese, non può essere dubbio che essa competa anche a Lei.

Ancorchè nello avviso di concorso non si faccia parola della indennità caro-viveri, essa è dovuta egualmente perchè imposta per virtù di legge. Non Le compete la indennità complementare di centesimi 85 al giorno, in quanto che non ha più di tre figli. L'indennità bicicletta se non è pattuita, non è dovuta, così come non è dovuta alcuna indennità pel caro-alloggio. Per la indennità caro viveri ne faccia domanda al capo Consorzio.

(8505) *Indennità caro-viveri.* — Dottore A. P. da P. — Tranne che nel contratto che ha col Comune non sia stato detto che nella diaria pattuita si intendeva compresa anche la indennità caro-viveri, a questa avrebbe diritto in base al disposto D. L. 9 marzo 1919, n. 338, a decorrere dal 1° di gennaio dello stesso anno.

(8506) *Ufficiale sanitario.* — Dott. L. F. da A. — L'ufficiale sanitario è sempre un pubblico ufficiale, quando anche non si trovi nello esercizio delle sue funzioni, quindi, ben può richiamare l'at-

tenzione del pubblico su di una maggiore nettezza e polizia delle strade, anche quando non sia in compagnia di agente municipale. Non essendo agente di polizia giudiziaria non può però da solo elevare le contravvenzioni. Come ogni cittadino ha il diritto di esercitare il suo controllo di critica sullo operato della amministrazione municipale.

Doctor JUSTITIA.

CONDOTTE E CONCORSI.

BASCHI (*Perugia*). — Tre condotte: L. 6000 e caro-viveri, lorde, per mille poveri; tre quinquenni del decimo; L. 2 per ogni povero in più; lire 1000 se i paganti saranno inferiori a 300; lire 500 all'uff. san. Chiedere annunzio. Scadenza 30 nov.

FLAVIA (*Torino*). — Condotta con Oglianico: lire 4200 fino a 300 poveri; L. 700 per uff. san.; L. 400 per alloggio; L. 400 per trasporto. Scadenza 4 novembre.

LIVORNO. — Al 15 novembre tre medici condotti aggregati; L. 7762.50 più caroviveri, 10 aumenti di L. 258.75 ogni due e tre anni alternativamente, ecc. Passaggio ad effettivi. Servizio entro un mese. Chiedere annunzio alla segreteria.

S. MICHELE DEL QUARTO (*Venezia*). — A tutto 10 novembre condotta L. 6000; indennità caro-viveri; per cavallo L. 1800; per uff. san. L. 400; per malaria L. 800; alloggio gratis. Per maggiori schiarimenti rivolgersi alla Segreteria.

TERNI. — Due condotte di campagna; L. 6000 pei poveri, caro-viveri, indennità per eccedenza su 1500 poveri, spese di vettura. Accettaz. entro 10 giorni, servizio entro 30. Chiedere annunzio. Scadenza 15 dicembre.

Cercansi per borgata Dalmazia due medici per cura poveri e servizi profilattici malattie infettive. Stipendio mensile L. 1000. Assunzione temporanea. Rivolgere domande Ufficio Sanità, Comando truppe Dalmazia - Sebenico.

Medico-chirurgo ventiseienne, celibe, due anni laurea pratica ospedaliera, cerca condotta o interinato preferibilmente alta o media Italia. Scrivere: Dott. F. Chiacchio, Lauria (Potenza).

Dottore medico-chirurgo-odontoiatra, diplomato, con molti anni di pratica, cerca situazione come aiuto collaboratore associazione. Scrivere: Giuseppe Ferroni, S. Giorgio a Cremano (Napoli).

Medico straniero, laureato in Italia, con conoscenze di lingue, cerca interinato od occupazione adatta. Rivolgersi: Alatri, Roma, via Arco de' Ginnasi, n. 23.

Diffide e boicottaggi.

Nuove diffide: Ancona, Monte S. Giusto (Macerata), Tronzano (Como), Piadena (Cremona).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il dott. cav. Arturo Morselli, libero docente di Psichiatria e Clinica psichiatrica nella R. Università di Genova, del quale è uscita ora la 2ª edizione di un ottimo «*Manuale di Psichiatria*» (Napoli, V. Idelson, edit.), è stato promosso per meriti scientifici a Ufficiale nell'Ordine della Corona d'Italia. Rallegramenti.

NOTIZIE DIVERSE.

La settimana dei Congressi a Roma.

Come abbiamo già annunziato, sono indetti prossimamente a Roma il XXVI Congresso nazionale di medicina interna, il XXVII Congresso della Società Italiana di Chirurgia e l'XI Congresso della Società Italiana di Ortopedia.

Il Congresso di Medicina interna si riunirà dal 9 al 12 novembre nei locali del R. Istituto di Clinica medica. Le relazioni all'ordine del giorno sono: Liborio Giuffrè (Palermo) e Cesare Frugoni (Firenze), L'asma bronchiale; Carlo Moreschi (Sassari) e Adolfo Ferrata (Napoli), Linfogranulomatosi: verrà esposta anche una rivista critica, da Pietro Sisto, Torino, sull'elettrocardiografia clinica.

Il Congresso di Chirurgia avrà luogo dal 10 al 12 novembre, nei locali del R. Istituto di Clinica chirurgica. Sono all'ordine del giorno le relazioni: Davide Giordano (Venezia), La chirurgia del cieco; Aristide Mattioli (Chieti), La chirurgia del colon; Riccardo Dalla Vedova (Roma), La moderna cura delle fratture.

Il Congresso di Ortopedia si terrà il 9 novembre, nel R. Istituto di Clinica ortopedica. Temi all'ordine del giorno sono: Africo Serra (Bologna), Il trattamento ortopedico delle rigidità e delle anchilosi; Giulio Anzilotti (Livorno), La cura delle paralisi spastiche; Attilio Curcio (Napoli), L'odierno trattamento della poliomielite anteriore acuta.

I titoli delle comunicazioni devono essere inviati alle Segreterie dei tre Congressi, perchè siano posti all'ordine del giorno delle varie sedute.

Le Segreterie, che hanno sede presso i tre Istituti sopra nominati, sono state affidate rispettivamente al prof. Giuseppe Sabatini (medicina interna), al prof. Nicola Leotta (chirurgia) e al dottor G. Giannelli (ortopedia).

Al Congresso di medicina interna possono partecipare tutti i membri della Società Italiana di medicina interna e tutti i medici italiani che s'inscrivano come aderenti. Si pregano i soci e gli aderenti di inviare subito al Segretario del Congresso la quota d'ammissione in L. 25: riceveranno così la tessera e il documento di viaggio.

Ai Congressi di chirurgia e di ortopedia possono partecipare soltanto i membri della Società Italiana di chirurgia e della Società Italiana di ortopedia. Per iscriversi è necessario inoltrare alla Presidenza domanda, presentata da due soci, e versare la quota di L. 20. Le Ferrovie dello Stato hanno concesso la seguente facilitazione di viaggio:

I Congressisti, acquistando entro il 5 novembre i biglietti speciali per Roma (con riduzione del 60 per cento), possono, mediante presentazione di uno speciale documento che viene rilasciato con la tessera delle Segreterie dei Congressi, iniziare il viaggio di andata per Roma fino al 10 novembre, fermo restando l'obbligo, inerente a tale tipo di concessione ferroviaria, di compiere il viaggio di ritorno entro il 15 novembre, col qual giorno scade la validità del biglietto.

I Comitati dei Congressi hanno provveduto, d'intesa, all'organizzazione degli alloggi ed i Congressisti troveranno alla Stazione di Roma, presso l'Ufficio informazioni, l'elenco delle camere dispo-

nibili, quasi tutte in Pensioni. Chi desidera andare negli Hôtels deve perciò prenotarsi direttamente presso di essi.

Si raccomanda di iscriversi sollecitamente ed inviare al più presto le comunicazioni.

I Congressi di Genova.

Dal 9 al 12 novembre saranno tenuti a Genova quattro Congressi: della Società Freniatrica Italiana, dell'Associazione dei medici manicomiali, della Società Italiana di Psicologia, della Società per lo studio dell'infanzia anormale.

Saranno rese speciali onoranze all'illustre professore Enrico Morselli, presidente della Società Freniatrica, del quale ricorre il quarantesimo anniversario d'insegnamento universitario.

Convegno per profilassi infantile.

Per iniziativa del Comune di Milano si è costituito un Comitato internazionale, sotto la presidenza onoraria del Sindaco avv. Caldara ed effettiva dell'Assessore Cesare Marangoni, per trattare nel Convegno, che verrà tenuto a Milano nei giorni 16 e 17 ottobre, del problema importantissimo della profilassi infantile e delle cure di prevenzione antitubercolare per la fanciullezza.

Le adesioni dei partecipanti al Convegno, cui hanno già aderito molte personalità, Comuni ed Enti di beneficenza, si ricevono al Comune di Milano, Riparto 5° (Assistenza alla fanciullezza) fino al 14 corrente.

Le condizioni sanitarie di Fiume.

Avevamo pubblicato nel fasc. 40 alcune notizie relative alle condizioni sanitarie di Fiume. Ora veniamo informati, dagli Uffici sanitari della Reggenza del Quarnaro, che i decessi per peste bubbonica segnalati a tutto il 14 ottobre furono soltanto 3; che i servizi medici vennero organizzati per i militari (tra i quali si manifestò il morbo) dal direttore di sanità militare, dott. G. Usai, e per la popolazione civile dall'ispettore sanitario dott. Mario Blasich; che la diagnosi clinica e quella batteriologica furono eseguite sul posto (quest'ultima dal dott. Spetz).

Le autorità sanitarie italiane hanno coadiuvato l'opera di difesa e adottato misure dirette ad evitare la diffusione della malattia.

Siamo lieti di constatare che l'episodio si è in breve esaurito.

Il 14 corrente, stroncato da un fulmineo meningo-tifo, moriva a soli 30 anni il dott. VIRGINIO MUGGIA, assistente di Clinica ostetrico-ginecologica nei R.R. Istituti Clinici di Perfezionamento di Milano.

Si laureò, primo fra i primi, nel maggio 1915 a Pavia, dove aveva studiato nell'Istituto di patologia medica dal prof. Vittorio Ascoli, che lo stimò ed amò in sommo grado. Si era poi dedicato alla specialità nella Clinica del prof. Clivio e aveva subito legittimato le alte speranze che di Lui si facevano, distinguendosi per la solidità della cultura, l'intuito geniale e la tenace tempra di studioso infaticabile, che Lo parificavano ai più maturi cultori della scienza.

Compiuto il suo dovere verso la Patria in armi, era ritornato pieno di fede e di propositi al prediletto lavoro scientifico, al gravoso tirocinio pratico nella Clinica del senatore prof. Mangiagalli, dove stava per raggiungere l'ambito titolo della docenza.

A noi, che Gli fummo, più che condiscepoli, fratelli e Lo vedemmo rapidamente distinguersi e giganteggiare fra i coetanei, fisso con ostinata incrollabile tenacia alla più alta mèta, l'angoscia dell'improvvisa scomparsa soffoca ogni senso nello strazio dell'irreparabile.

Vada almeno alla famiglia, di cui Egli era tutto l'orgoglio e la legittima speranza, una parola affettuosa di compianto da quanti colleghi Lo amarono e dividono ora l'inconsolabile dolore per la Sua dipartita.

RUSCA.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1920 - Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, *ed. resp.*

Anno XXVII Roma, 8 Novembre 1920 Fasc. 45

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

REPARTO "MAGGIORANI" DELL'OSPEDALE DI SAN GIOVANNI IN ROMA
Diretto dal Prof. A. BIGNAMI
(aiuto Prof. C. VERDOZZI).

Studio statistico sulla cutireazione alla tubercolina eseguito sopra 1000 malati di malattie comuni.

Dott.ª ANNA ZANON.

Esistono scarsi dati statistici sul vario comportamento della cutireazione alla tubercolina in rapporto alla età. Gli autori che si sono occupati dell'argomento hanno in genere preso in esame dei bambini fino a 12-14 anni di età (Pirquet, Hamburgher, Gaughofner, e più recentemente Sympa, 1914). Un lavoro di Spolverini (*La Tubercolosi*, settembre 1918), riguarda solo i lattanti.

Pochi si sono occupati di seguire il comportamento della cutireazione nell'età adulta, e in genere sopra un numero limitato di casi. Credo perciò utile render nota la statistica che ho eseguito su 1000 malate capitate all'ospedale di S. Giovanni dalla fine del 1911 al principio del 1914, e che furono ricoverate in questo periodo di tempo nella sala Maggiorani diretta dal prof. Bignami (aiuto prof. C. Verdozzi). Naturalmente nel reparto che accoglie donne affette da malattie comuni giungevano anche ammalate di tubercolosi polmonare le quali, dopo qualche giorno di osservazione, e in seguito all'esame dell'espettorato positivo per il Koch, venivano trasferite in apposite corsie.

Le prime ricerche sulla cutireazione alla tubercolina furono iniziate nel 1905 quando Epsthein ed Escherich osservarono un arrossamento e un'infiltrazione della pelle nel punto di iniezione di tubercolina: a questa speciale reazione dell'organismo, che essi per primi misero in luce, non diedero però alcun valore

diagnostico. Nel maggio 1907 Pirquet osservò il medesimo fatto in soggetti tubercolosi, praticando delle scarificazioni cutanee superficiali, e applicandovi sopra la tubercolina. Contemporaneamente (giugno 1907) Eisner e Calmette, istillando una goccia di tubercolina diluita all'1 % nel sacco congiuntivale, notavano dopo 12 o 18 ore, arrossamento della mucosa con lacrimazione, qualche volta fotofobia. Moro ed altri ottenevano una reazione locale molto sensibile, eseguendo delle frizioni cutanee intense con una pomata tubercolinica.

Tedeschi nel 1906 propose l'auricolo-reazione, cioè l'iniezione intradermica di una piccolissima quantità di tubercolina nella regione dell'elice. Hamburgher (1908) iniettava nella cute della regione flessoria dell'avambraccio minime quantità di soluzione, e otteneva un arrossamento della pelle con una zona d'infiltrazione cutanea, dolente alla pressione. Questa fu la stickreaktion. Una modificazione nella tecnica di essa fu apportata da Montoux nello stesso anno. E molti autori che la eseguirono su larga scala, conclusero che è la prova più sensibile. L'intradermoreazione di Montoux consiste nell'iniettare nello spessore del derma 1/10 di cmc. di una soluzione 1/10,000 di tubercolina.

Per l'esecuzione della cutireazione, come si fa ora generalmente, si praticano nella regione flessoria del braccio o dell'avambraccio delle piccole scarificazioni sulle quali si fa cadere una goccia di tubercolina. A distanza di 3 o 4 cm. se ne eseguiscono delle altre di controllo con una goccia di glicerina fenica. Dopo 24 ore se ne osserva il risultato, che in qualche caso può essere ritardato (48 ore). Si considera positiva quando nel punto di innesto si produce un arrossamento e un'infiltrazione sotto forma di papula.

Nelle malate in esame si usarono tre specie diverse di tubercolina: dell'Istituto Pasteur, M. Lucius e dell'Istituto sieroterapico milanese al 25 % tipo umano.

Con la tubercolina dell'Istituto Pasteur si ebbe il 64.37 % di reazioni positive, mentre si ebbe il 53.14 % con la M. Lucius, e il 37.5 % con la tubercolina dell'Istituto sieroterapico milanese. Bisogna però tener presente che il maggior numero delle reazioni fu eseguito con la M. Lucius e cioè 714, mentre con la Pasteur ne furono eseguite 239 e con la milanese solo 47.

Riporto qui la grafica tracciata sui dati della mia statistica sopra il comportamento della cutireazione alla tubercolina in rapporto all'età. Nella tabella allegata riferisco i risultati della statistica in rapporto alle varie malattie.

	+	—	Totale
INFEZIONI TUBERCOLARI			
1. Tubercolosi polmonare	54	14	68
2. Pleurite	47	10	57
3. Emottisi	5	—	5
4. Tubercolosi miliare	2	1	3
5. Linfatismo e tubercolosi glandolare	15	2	17
6. Tubercolosi intestinale-peritonite t b c e polisierosite	4	4	8
7. Tubercolosi renale	4	—	4
8. Artrosinoviti tubercolari	3	2	5
9. Morbo di Pott	2	1	3
Insieme	136	34	170
	80 %		
APPARATO RESPIRATORIO			
1. Catarro naso-faringeo	—	1	1
2. Faringite	—	1	1
3. Tonsillite	13	9	22
4. Bronchite acuta	15	19	34
5. „ cronica	23	20	43
6. „ purulenta	1	4	5
7. „ asmatica	6	4	10
8. Polmonite lobare	20	36	56
9. Broncopolmonite	6	2	8
10. Cancrena polmonare	1	—	1
11. Enfisema polmonare	4	6	10
12. Edema polmonare	—	1	1
13. Echinococco polmonare	—	1	1
Insieme	89	104	193
	53.9 %		
APPARATO CARDIO-VASCOLARE			
1. Aritmia	—	1	1
2. Insuff. cardiaca e scompenso	2	4	6
3. Endocardite	3	5	8
4. Miocardite	2	1	3
5. Insuff. mitralica	6	2	8
6. Stenosi mitralica	5	3	8
7. Insuff. aortica	3	3	6
8. Morbo ceruleo	1	—	1
9. Vizi cardiaci combinati	3	5	8
10. Arteriosclerosi	12	23	35
11. Aneurisma	1	1	2
12. Varici	1	1	2
13. Trombosi arti inferiori	1	1	2
14. Rammollimenti cerebrali	3	8	11
15. Asma cardiaco	—	1	1
Insieme	43	59	102
	42.2 %		

APPARATO DIGERENTE	—	—	Totale
1. Imbarazzo gastrico	8	7	15
2. Ulcera gastrica e duodenale	5	2	7
3. Enteriti, entero coliti	3	12	15
4. Stenosi rettali, ernie	1	1	2
5. Appendicite	4	1	5
6. Calcolosi epatica, ittero febbrile emolitico, cirrosi epatica	8	9	17
Insieme	29	32	61
	47.5 %		

APPARATO URINARIO			
1. Nefrite	16	12	28
2. Pieliti e cistiti	4	3	7
3. Calcolosi renale	1	1	2
Insieme	21	16	37
	56.8 %		

MALATTIE DEL SANGUE, DEL RICAMBIO E ORGANI A SECREZIONE INTERNA			
1. Anemia e clorosi	28	21	49
2. Anemia perniciosa	2	2	4
3. Leucoanemia	—	1	1
4. Porpora e peliasi reumatica	2	—	2
5. Diabete e vomito acetonico	2	2	4
6. Gotta	—	1	1
7. Morbo di Addison	1	1	2
8. Morbo di Basedow e ipotiroidismo	2	1	3
Insieme	37	29	66
	56.1 %		

ORGANI DEL MOVIMENTO			
1. Artriti croniche	5	2	7
2. Morbo di Paget	2	—	2
Insieme	7	2	9
	77.8 %		

MALATTIE INFETTIVE	+	—	Totale
1. Pertosse	—	2	2
2. Influenza	19	12	31
3. Febbre erpetica	1	—	1
4. Otiti e Parotiti	1	3	4
5. Tifo e Paratifi	17	32	49
6. Infezioni puerperali, infezioni streptococciche, foruncolosi	5	7	12
7. Reumatismo articolare acuto	11	4	15
8. Paralisi infantile	—	1	1
9. Malaria	13	35	48
10. Osteomalacia	1	1	2
11. Osteomielite	—	1	1
12. Ulcera corneale	—	1	1
13. Infezioni febbrili acute	6	7	13
Insieme	74	106	180
	41 %		

APPARATO GENITALE			
1. Utero e annessi	22	17	39
2. Gravidanza	1	—	1
3. Mastite	—	1	1
Insieme	23	18	41
	56.1 %		

SISTEMA NERVOSO			
1. Nevralgie	1	6	7
2. Morbo di Parkinson	1	—	
3. Malattie mentali, alcoolismo, epilessia	7	6	13
4. Paralisi	3	8	11
5. Isteria	5	—	5
6. Mielite	—	1	1
Insieme	17	21	38
	44.7 %		

MALATTIE DERMO-SIFILITICHE			
1. Lues	27	13	40
2. Blenorragia	6	3	9
3. Eritema nodoso	5	—	5
4. Eczema, herpes-zoster	2	2	4
Insieme	40	18	58
	69 %		

TUMORI	6	14	20
	30 %		

1. Avvelenamenti	8	9	17
2. Fratture e ferite	2	3	5
3. Ustioni	1	1	2
Insieme	11	13	24
	45.8 %		
TOTALE GENERALE	**533**	**466**	**999**
	53.35 %		

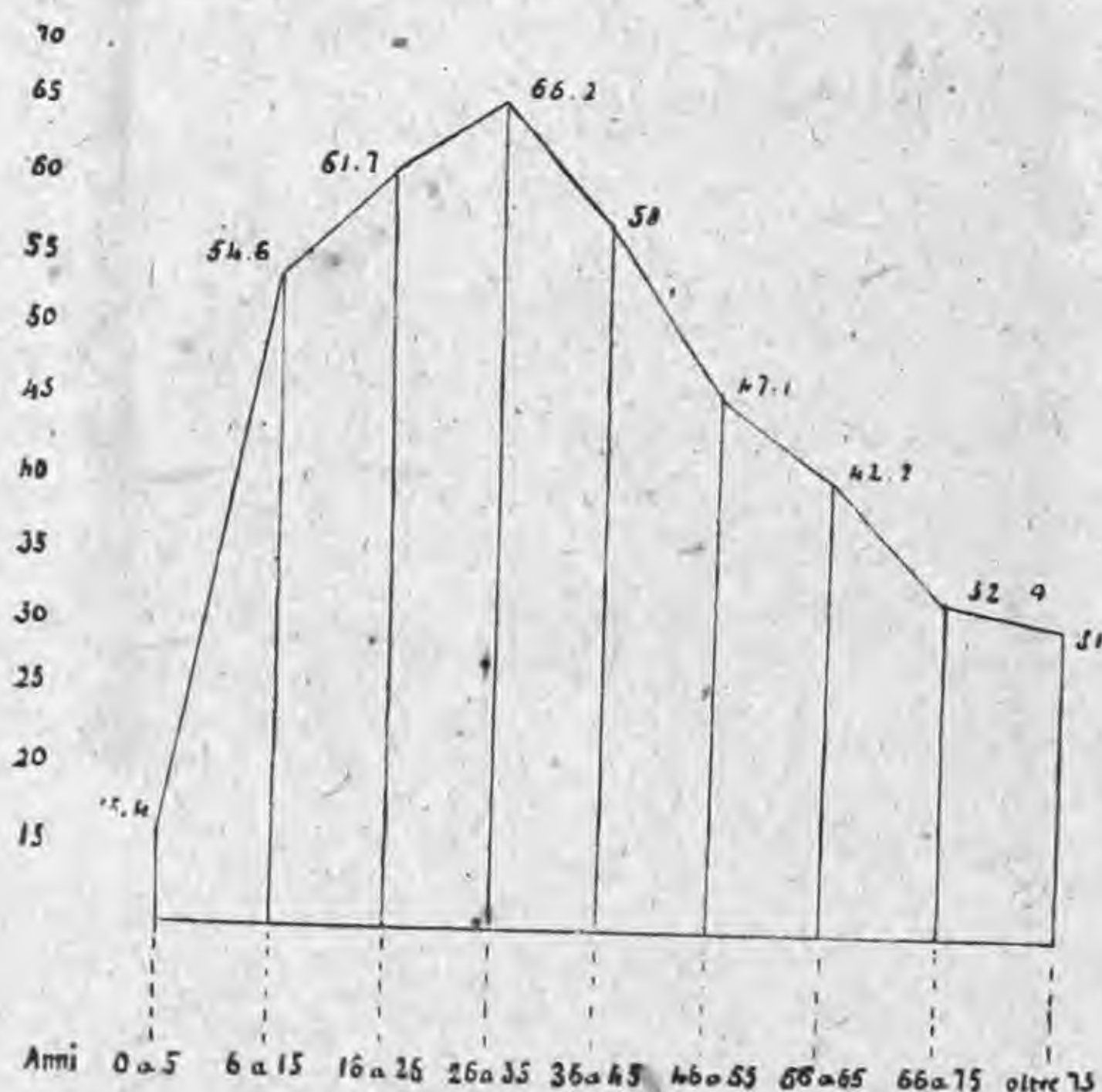
Dando uno sguardo alla grafica osserviamo: la percentuale di reazioni positive che nei primi anni di vita è di 15 appena, sale rapidamente dopo i 5 anni, fino a raggiungere un massimo di 66 dai 26 ai 35 anni; poi altrettanto rapidamente decresce nelle età successive. Dai 36 ai 45 anni si trova il 58 %, dai 46 ai 55 il 47.1 %; dai 56 ai 65 il 42.2 %; dai 66 ai 75 il 32.9 % e infine il 31 % dai 76 agli 85 anni ed oltre.

La statistica di Symza nei primi cinque anni di vita, dà una percentuale di reazioni positive alquanto maggiore: il 28.45 % nel 1° semestre e il 32.30 % nel 2° semestre del quinto anno.

Bisogna però tener presente che nella sala Maggiorani, corsia di ammalati adulti, capitano all'osservazione pochissimi bambini: per cui la mia percentuale è eseguita nei primi anni, su un numero di casi esiguo.

Si può spiegare la rapida ascesa della figura pensando che l'infezione tubercolare, rara nei primi mesi di vita, e certo non molto frequente nei primissimi anni, colpisce con facilità gli individui, appena questi abbiano occasione di trovarsi in comunione di vita con altri individui già infetti, in ambienti poco igienici, e in condizioni di lavoro spesso oneroso.

La discesa della grafica non è d'accordo con le osservazioni anatomo-patologiche di lesioni tubercolari in numero sempre crescente fino agli ultimi anni di vita. Ma se ne potrebbe trovare la ragione, ponendo mente al fatto che oltre una certa età gli individui sopravvissuti sono organismi del tutto sani, non tocchi dal germe; oppure organismi che in passato hanno avuto qualche lesione specifica, ora già completamente guarita.

La statistica riportata da Celli dei morti per tubercolosi sembra confermare tale ipotesi. Anche in questa grafica si nota una rapida ascesa che raggiunge il culmine fra i 20 e i 30 anni, alla quale segue una discesa altrettanto rapida fino agli estremi anni di vita.

Facendo la statistica delle cutireazioni positive a seconda delle varie malattie, troviamo:

Malattie apparato cardio-vascolare 42.2 %; malattie apparato respiratorio 53.9 %; malattie apparato digerente 47.5 %; malattie apparato genito-urinario 56.8 %; infezioni tubercolari 80 %.

Ho raggruppato le malattie a seconda dei vari apparati, escludendo in questi tutti i casi di tubercolosi polmonare; inoltre tutte quelle forme morbose che senza dubbio sono da considerare di natura tubercolare (pleuriti, peritoniti, adeniti, ecc.), e che ho riunito nel gruppo delle infezioni tubercolari.

Dando una rapida scorsa alle diverse malattie osserviamo: nelle infezioni tubercolari il 79.4 % di cutireazioni pos. è dato dalla tubercolosi polm.; l'82.4% dalle pleuriti e l'82.2% dal linfatismo e tubercolosi ghiandolare. Nelle altre malattie dell'apparato respiratorio superano il 50 % di reazioni pos. le tonsilliti (59 %), la bronchite cronica (53.4 %) e la broncopolmonite (75 %). La polmonite lobare ne dà invece solo 20 positive su 56.

Sappiamo come questa malattia dia molto facilmente recidive. Controllando nelle anamnesi remote di questi malati spesso polmoniti pregresse, possiamo arguire che esse non predispongano all'attecchimento dei germi di Koch.

E nei casi in cui la polmonite è seguita dopo brevissimo tempo da una tubercolosi polmonare, bisogna pensare si tratti di individui già tubercolosi nei quali però la malattia si è resa manifesta solo dopo il decorso della polmonite.

Nelle malattie dell'apparato cardio-vascolare l'insufficienza mitralica e la stenosi mitralica hanno maggior numero di reazioni positive che negative; la prima il 75 %, la seconda il 62.5 %.

V'è una forma di stenosi mitralica latente che non dà alcun notevole disturbo; gli ammalati non presentano che una leggera cianosi. L'etiologia il più delle volte è oscura: non v'è reumatismo artic. pregresso, nè corea, nè angina, nè alcuna delle altre varie malattie che sogliono esser causa dei vizi cardiaci.

Potain ritiene che questa speciale forma di stenosi sia di origine tubercolare.

Nell'apparato digerente nulla di speciale si osserva, se si toglie le ulceri gastriche e duodenali che danno il 71.4 % di cutireazioni.

Se ne trova la spiegazione nel fatto che gli ammalati di tali malattie sono generalmente individui di costituzione scheletrica inferiore

alla normale, con masse muscolari e pannicolo adiposo poco sviluppati.

Oltre a ciò tali ammalati non si cibano a sufficienza per i dolori che il cibo provoca; e d'altra parte il vomito continuo e le frequenti ematemesi e melene rendono l'organismo meno resistente nella lotta contro i germi della tubercolosi.

Un'alta percentuale di cutireazioni positive è data dagli anemici. Noi sappiamo come spesso le anemie che non riconoscono altre cause ben note (emorragie di varia origine, elmintiasi, malaria, sifilide, ecc.) sono da attribuire alla tubercolosi, anche quando il focolaio tubercolare non è clinicamente dimostrabile. In genere in questi individui nei quali sono anche frequenti soffi anemici, l'esame del sangue non dimostra che lievi alterazioni nel numero delle emazie e nel valore dell'emoglobina. In alcuni di questi casi dopo qualche tempo si manifesta una forma di tubercolosi iniziale.

Fra le malattie infettive l'influenza dà il 61.2 % di cutireazioni positive. È noto come spesso, in seguito a questa malattia, abbia rapido sviluppo una tubercolosi latente, e che forse tale sarebbe rimasta se l'organismo non fosse stato debilitato dall'infezione pregressa.

La malaria invece pare non predisponga alla tubercolosi non ostante sia una malattia così grave e per la quale l'organismo viene così profondamente colpito nei suoi mezzi di resistenza.

Su 48 malati solo 13 ebbero reazione positiva. Nè il fatto appare strano se si pensa che i malarici sono in massima parte contadini, i quali vivono in campagna, sotto l'azione benefica del sole, e lontano dalle città, centri d'infezione tubercolare.

Per quanto riguarda l'apparato genitale, le malattie di utero e degli annessi danno un'alta percentuale di reazioni pos. E nelle numerose laparotomie per annessiti si trova come una delle cause frequenti di esse, sia precisamente la tubercolosi. A questa malattia predispongono l'alcoolismo e la sifilide: la 1ª dà il 53.8 % la 2ª il 67.8 % di reazioni positive. Tutte due queste malattie, debilitando l'organismo, lo rendono terreno di facile attecchimento per i germi.

È da notare come, fra le malattie della pelle, nell'eritema nodoso si trovi il 100 % di cutireazioni positive (ai cinque casi della tabella si possono aggiungere altri sette casi osservati nell'ospedale del Policlinico, 7° padiglione, tutti con reazione positiva).

Inoltre in questa affezione si ha una reazione straordinariamente intensa alla tubercolina, per cui si formano, oltre un alone arrossato molto esteso con infiltrazione dei tessuti circostanti, delle papule ed escare che permangono molti giorni.

C'è chi considera questo speciale modo di reagire come una prova della natura tubercolare dell'eritema nodoso.

L'etiologia di tale malattia non è ancora chiarita. La letteratura sull'argomento è ricchissima, ma quasi tutti gli autori giungono ai medesimi risultati, che sia cioè di origine tubercolare. Le conclusioni sono però tutte basate su ipotesi: non vi sono dati di fatto che possano persuadere. Se si toglie Landouzy che trovò un unico bacillo acido resistente in un nodo eritematoso, per la quale ragione egli è fra i più estremi difensori della teoria tubercolare dell'eritema, tutte le ulteriori ricerche (culture del sangue, innesti in animali di laboratorio, ricerca di bacilli nei nodi) sono state infruttuose.

Il decorso dell'eritema nodoso, il suo presentarsi in individui quasi tutti sani e robusti, senza i minimi segni di tubercolosi, il riscontrarsi raramente l'eritema nei sanatori e non trovarlo quasi mai nell'anamnesi remota dei tubercolosi, la sua guarigione rapida e assoluta, tutto farebbe escludere la natura specifica di esso.

È vero che, a conferma della loro tesi, i fautori della teoria tubercolare portano il fatto che spesso in seguito all'eritema nodoso (dopo alcuni mesi o dopo qualche anno), si sviluppa nei malati un'affezione tubercolare: una pleurite o una peritonite, qualche volta pare anche una tubercolosi polmonare aperta. Ma anche non volendo considerare l'eritema nodoso come di natura tubercolare, non sembra il fatto così strano quando si pensi che altre malattie, pur non essendo di natura tubercolare, predispongono alla tubercolosi (morbillo, pertosse, influenza).

La questione in ogni modo non è risolta: la teoria tubercolare non è basata su fatti dimostrativi; e d'altra parte sono ancora scarsi i risultati degli studi che tendono ad abbatterla. Certamente l'argomento merita di essere ancora studiato; perchè se pure non si giungesse per ora a dimostrare la vera natura dell'eritema, sarebbe già una gran cosa, specialmente per la prognosi e per la cura, poter dimostrare in modo chiaro e inoppugnabile che nulla ha in comune la tubercolosi con tale malattia.

In seguito alle numerose ricerche dei vari autori si potè stabilire la specificità della reazione alla tubercolina; ma l'osservazione frequente che individui clinicamente sani possono reagire alla tubercolina, e individui tuberco-

losi non reagire, hanno di molto abbassato il valore diagnostico che nei primi tempi pareva potesse darsi a questa prova.

È noto come soggetti tubercolosi in grave stato di deperimento, con forme molto progredite; individui affetti da tubercolosi miliarica o da meningite tubercolare, non reagiscono affatto alla cutireazione. D'altra parte una reazione positiva non depone per la natura tubercolare di una malattia sulla quale non si è ancora formulata una precisa diagnosi: essa mette solo in luce una lesione tubercolare esistente nell'organismo, ma che può anche essere inattiva e di nessuna importanza per il malato.

Se pensiamo che Naegeli nelle numerose sezioni da lui eseguite trovò nel 97 % dei cadaveri lesioni tubercolari molte delle quali in vita non avevano dato alcun segno clinico, e che, d'altra parte, non erano tali da potersi considerare causa della morte dell'individuo, ci rendiamo conto dello scarso sussidio della reazione alla tubercolina per la diagnosi clinica.

Dalla percentuale di Naegeli di poco differisce quella di Burckhardt che sopra 1452 sezioni riscontrò focolai tubercolari nel 91 %.

È da notare però che le statistiche dei due autori sono state eseguite in Germania dove sappiamo che l'infezione tubercolare è molto diffusa, certo assai più che da noi. Franz trovò su 480 reclute cutireazioni positive nel 61 % e ricerche ulteriori hanno spesso dato cifre più alte.

Naegeli, e dopo lui altri autori, osservarono inoltre che la frequenza di tali lesioni aumentava di anno in anno dall'infanzia verso la vecchiaia.

Le statistiche sul comportamento della cutireazione nell'età adulta che ho potuto trovare, scorrendo rapidamente la letteratura al proposito, sono scarse.

Quella di Petruscky, riguardante circa 500 cutireazioni, dà i seguenti risultati:

1-6 anni reazioni positive 50 %; 7-14 anni 75 %; 15-20 anni 86 %; 21-30 anni 87 %; 31-40 anni 87 %; 41-76 anni 81 %.

Da essa risulta che gli individui si tubercolizzano presto; già ai 6 anni abbiamo il 50 % e fra i 15 e i 20 l'86 %. La discesa della grafica è molto lenta; la percentuale si può considerare stazionaria dai 15 ai 76 anni.

La statistica non è però molto accurata: salta dai 41 ai 76 anni, e a quest'età si ferma.

Oltre la statistica di Petruscky, ve ne è una di Béguet, eseguita ad Algeri, dall'aprile 1911 al giugno 1916. Su 1600 cutireazioni 50 % furono positive: 25.8 % nei piccoli bambini e 70.2 % negli adulti.

Il Béguet osservò inoltre che la popolazione indigena musulmana e specialmente la indigena israelita s'infetta già nei primissimi anni di vita; a un'età più giovane che quella di origine europea.

In un lavoro pubblicato nella *Wiener med. Woch.* (ottobre 1913) Oppenheim e Wechsler esposero i risultati delle loro ricerche sulla reaz. cutanea alla tubercolina in individui con pelle sana e con pella malata (*Policlinico*, Sezione pratica, 1914, pag. 1128, G. Sabatini).

Su 232 operati con pelle sana, 117 reagirono positivamente e 115 negativamente alla tubercolina. Gli autori osservarono che gli individui affetti dalle più varie dermatiti, reagiscono secondo tre tipi: o come quelli con pelle normale, o con maggiore o minore facilità.

Al primo gruppo (percentuale positiva di circa il 50 % come gli individui sani) appartengono i malati di eczema professionale (59 +, 61—) di psoriasi acuta o cronica (20 +, 22—) tigna (22 +, 29—) sclerodermia (27 +, 31—) sifilide latente al II e III stadio (13 +, 17—) tricofizia (18 +, 14—) herpes zoster e seborrea del cuoio capelluto.

Al secondo gruppo (esagerata sensibilità della pelle di fronte alla tubercolina) appartengono i malati di eczema cronico (61 %, dermatite artificiale specialmente solare (60 %), foruncolosi (9 + su 14), lichen (8 + su 13), lupus vulgaris (10 + su 12), e penfigo volgare (8 + su 9).

Al terzo gruppo infine, in cui la pelle appare meno sensibile alla tubercolina, vanno ascritti gli ammalati di acne vulgaris (37 %), eritema polimorfo (20 %), erit. tossico (37 %), impetigo (23 + su 58), orticaria (4 + su 16), esantemi sifilitici manifesti (43 + su 115), gomme sifilitiche (4 + su 16).

In qualche caso gli autori non trovarono all'autopsia traccia di tubercolosi, mentre in vita la cutireazione era stata positiva. Ma il valore specifico della prova (essendo molto rari tali casi osservati, e potendosi pensare che fosse passata inosservata qualche minima lesione in una ghiandola o altrove) non viene per questo abbassato.

Due casi dimostrativi a tal proposito ci son forniti da due malate ricoverate nell'ospedale di San Giovanni (sala Maggiorani) negli anni 1912-1913 che vennero a morte e se ne potè fare l'autopsia.

F. E., di 22 anni, ragazza con abito tubercolare, al suo ingresso in ospedale presentava una pleurite essudativa destra con leggere elevazioni febbrili serotine, sudori notturni,

Uscita di sua volontà dopo pochi giorni, dovette rientrare all'ospedale dopo circa un mese perchè peggiorata: si era infatti molto dimagrita e anemizzata. All'esame obiettivo risultò avere una pleurite bilaterale, scarsa quantità di liquido nell'addome; 1° tono sul focolaio della polmonare seguito da leggero rumore di soffio; fegato e milza palpabili sotto l'arcata. La malata presentava edemi malleolari. Le urine contenevano albumina, emazie e cilindri. La cutireazione fu negativa. Non ostante ciò tutto faceva pensare alla natura tubercolare della malattia. All'autopsia però nulla si riscontrò di tubercolare; immuni anche le ghiandole peribronchiali.

Ecco il reperto necroscopico: Pleurite siero-fibrinosa bilaterale più intensa a destra. Polmoni anemici, scarso essudato sierofibrinoso negli alveoli. Sudocardite ulcerosa dell'ostio polmonare con distruzione di una valvola. Fegato da stasi. Nefrite acuta.

P. M., entrata in ospedale in gennaio 1913, morta il 17 giugno 1913: donna di 60 anni affetta da anemia perniciosa di Biermer. La cutireazione fu positiva. All'autopsia non si trovò di tubercolare che una ghiandola peribronchiale quasi totalmente calcificata. Però pestata una piccola quantità di questa ghiandola ed emulsionata con soluzione fisiologica, iniettata sottocute in due cavie, produsse in un mese la morte delle due cavie con lesioni tubercolari locali e nella milza. In questo caso la reazione cutanea aveva messo in luce una lesione specifica che pur del tutto guarita clinicamente, avrebbe potuto dar vita a un nuovo processo tubercolare, poichè conteneva sempre virulenti i germi della malattia.

La statistica che ho presentato e che mi sembra dettagliata per quanto riguarda le varie età e le varie malattie, è stata eseguita su cutireazioni in soggetti tutti di sesso femminile. Noi sappiamo che i due sessi sono diversamente esposti alla probabilità di infettarsi: i maschi già nei primi anni di gioventù, sia per ragioni professionali, sia per le condizioni di vita che menano, spesso abbrutita dai vizi e dall'alcool, sono più esposti alle cause di infezione. Ma pure è vero che la donna è più esposta all'infezione da abitazione; oltrechè la gravidanza e l'allattamento sono in essa causa di grande dispendio di energie, che pone l'organismo in condizioni di minor resistenza al germe.

Le *conclusioni* che si possono detrarre dalla mia statistica sono queste: che la maggior parte degli individui si infetta di tubercolosi nel corso della gioventù; e che la prova alla tubercolina non ha un valore diagnostico assoluto; tuttavia essa ci è di prezioso sussidio nel palesare le reali condizioni dell'organismo che abbiamo in esame.

A una cutireazione negativa bisogna dare un grande valore: poichè se non si tratta di lesioni tubercolari gravi (a diagnosticare le quali non è necessario il sussidio della prova alla tubercolina), nelle quali spesso tale prova riesce negativa, vuol dire che l'organismo è perfettamente sano; oppure ha avuto qualche lesione specifica, ora però clinicamente guarita, e innocua perchè non contiene più germi vitali. Una reazione positiva invece, non ha alcun valore per ciò che riguarda la malattia in atto; essa serve soltanto a mettere in guardia contro un focolaio tubercolare che se pure latente, è sempre vitale. Poichè nei bambini di età inferione ai tre anni la tubercolosi latente è rarissima, in base al reperto positivo della cutireazione, la diagnosi di tubercolosi attiva si può formulare. Negli anni successivi il valore diagnostico della prova diventa sempre minore, finchè nell'adulto è quasi null

---

NOTE E CONTRIBUTI.

Epidemia di acariasi del grano (da Pediculoides ventricosus).

Dott. LINO PUNTONI.

Esistono già nella letteratura medica diverse osservazioni su di una forma di acariasi epidemica, determinata dal *Pediculoides ventricosus*. Poichè talvolta è accompagnata da febbre, questa forma si conosce anche sotto il nome di *febbre del grano;* mentre, con termine più popolare, ed in considerazione delle manifestazioni cutanee che sono costanti e molto appariscenti, è stata chiamata *rogna del grano*.

Questa affezione fu descritta per la prima volta da Laboulbène et Mégnin, i quali la osservarono sui facchini degli scali di Bordeaux e di Moissac, addetti allo scarico del grano, nel 1850. Nel 1866 e nel 1872 altre due epidemie furono segnalate in Francia fra i contadini. Il merito di avere fissata ed esattamente descritta la forma morfologica di questa acariasi spetta al Ducrey, il quale per primo la studiò in Italia, in una epidemia avvenuta in provincia di Pisa nel 1908. Nello stesso anno si occupava dell'argomento anche lo Sberna.

Ho avuto occasione di osservare una epidemia di acariasi del grano, nell'ultima quindicina di settembre e nella prima quindicina di ottobre di quest'anno, presso parecchi Comuni del Lungomonte Pisano. Le mie osservazioni furono fatte specialmente nel Comune di Calcinaia. Sebbene non vi sia molto da aggiungere ai precedenti e sopra citati studi su questa forma, tuttavia credo utile di descrivere brevemente l'epidemia da me osservata, la quale ha preso proporzioni eccezionalmente vaste, con manifestazioni spiccatissime. Le manife-

stazioni cliniche consistevano nella comparsa su tutta la superficie cutanea, ad eccezione delle mani, dei piedi e per lo più della faccia, di una eruzione, fortemente pruriginosa, che a prima vista aveva l'aspetto eritemo-papuloso, ma che ad una più fine osservazione appariva eritemo-vescicolare. Talora i vari elementi, i quali hanno l'apparenza grossolana dell'eruzione morbillosa, confluivano in chiazze arrossate ed edematose, sulle quali si formavano qualche volta delle bolle simili a quelle prodotte da ustione. In generale non vi era febbre, quantunque in qualche caso si manifestasse, arrivando, nel caso più grave che ebbi ad osservare, fino ad una elevazione termica di 40°.

Nei casi più lievi clinicamente si osservavano grosse papule isolate, con piccolo capo vescicolare, sparse nei vari distretti cutanei; nelle forme più gravi gli elementi si contavano a centinaia. Subbiettivamente fin dal principio della malattia havvi sensazione di vivo prurito, cagionata dagli acari, e che costringe il paziente a grattarsi. Questa sensazione di prurito naturalmente varia, a seconda della diffusione e della durata della malattia, potendo essere aumentata da eventuali lesioni secondarie prodotte dal grattare; e si manifesta meno negli individui torpidi che in quelli eccitabili. Le eruzioni più diffuse furono osservate in persone che avevano deposte le proprie vesti su grano infestato dall'acaro, per poi rivestirle. L'epidemia si svolse essenzialmente nella popolazione rurale, invadendo intere famiglie di contadini, e causando nel solo Comune di Calcinaia molte centinaia di casi, fra le persone che a qualunque titolo ebbero contatto col grano. In breve fu così diffusa che ingenerò un vero panico, rifiutandosi molti campagnoli di maneggiare comunque il grano incriminato. Ho osservato anche un caso prodotto dal manipolare la crusca. Come già fu rilevato da Ducrey, i campagnoli trovarono la spiegazione dell'epidemia nella puntura di piccoli imenotteri, del gruppo dei calcididi, che essi chiamano col nome volgare di *gatta porcina*. La vera causa dell'epidemia nel caso presente si svelò molto più facilmente che nell'epidemia descritta dal Ducrey, giacchè gli acari erano in numero infinitamente grande, e la loro presenza, nonostante le loro dimensioni microscopiche, si svelava macroscopicamente sotto forma di un deposito pulverulento, color rosso-mattone, che si raccoglieva sulla superficie del grano o sulla tela della sacca in uno strato anche di parecchi millimetri! Una osservazione analoga è quella di Alessandrini, il quale sulle pareti di un vagone contenente grano infestato dagli acari trovò uno strato di acari dello spessore di circa un dito!

Il *Pediculoides ventricosus* è un acaro parassita degli insetti del grano.

L'enorme numero di individui manifestatosi quest'anno nelle località suddette si spiega facilmente: dopo la mietitura il grano fu bagnato dalla pioggia, e venne in gran parte riposto in uno stato di incompleto essiccamento. Ciò favorì la cosiddetta «sobbollitura del grano», vale a dire un principio di fermentazione, la quale, elevando alquanto la temperatura, facilitò lo sviluppo di tutte le uova di insetti, normalmente contenute nel grano. Si ebbero così delle vere invasioni di tignola del grano (la farfallina da tutti conosciuta), tanto che alcuni sacchi di questo cereale diminuirono di decine di chilogrammi di peso. In questi insetti venne certamente sviluppandosi in modo rigoglioso l'acaro. Gli acari osservati al microscopio erano quasi tutti femmine non gravide, dalla forma cilindroide; rari i maschi dal corpo allargato ed ovalare; assenti le femmine gravide, caratteristiche per l'addome molto rigonfiato, che ha valso appunto al *Pediculoides* l'appellativo di *ventricosus*. L'azione degli acari può manifestarsi in pochissimo tempo, quando essi arrivano sul corpo umano in gran quantità o quando avvenga una confricazione, come nel caso dei facchini, i quali portano i sacchi a spalla. Una persona, convinta dell'azione dannosa dell'imenottero che va col nome volgare di *gatta porcina*, ed incredula nei riguardi degli acari, volle confricare il proprio braccio denudato sopra un sacco sul quale si osservava uno strato rosso-mattone di *Pediculoides*. Già dopo 5 minuti il braccio era sede di un vasto eritema, e dopo poche ore vi appariva l'eruzione tipica, in gran parte confluente. Di norma però quando, anche sperimentalmente, venivano deposti pochi acari sulla pelle, l'eruzione compariva dopo parecchie ore, da 6 a 12. Come già il Ducrey, io pure non ho osservato casi certi di contagio da persona a persona. Il *Pediculoides*, parassita occasionale dell'uomo, punge quando arriva sulla pelle, ma è incapace di sopravvivere e di riprodursi sulla superficie umana; ond'è che in breve tempo, anche senza cura, l'eruzione volge spontaneamente alla guarigione. Ad ogni modo, per affrettare la guarigione di questa malattia, che può durare anche più di una settimana nei casi più gravi, trovai utile l'applicazione della pomata solfo-alcalina.

La profilassi è difficile per le persone le quali debbono forzatamente maneggiare il grano infestato, a causa della azione molto pronta degli acari. Tuttavia è consigliabile il cambio delle vesti appena terminato il lavoro ed il bagno semplice o meglio solforato.

Bologna.

BIBLIOGRAFIA.

LABOULBÈNE et MÉGNIN. *Mémoire sur la Sphaerogyra ventricosa.* Journ. d'Anat. et de Physiol., XXI, p. 1.

DUCREY. *Acariasi da grano in forma epidemica dovuta al Pediculoides ventricosus.* Comunicazione fatta alla Società Toscana d'Igiene il 4 dicembre 1908.

SBERNA. *A proposito della nuova malattia di Santa Maria a Monte, ossia acariasi da grano.* Comunicazione fatta alla Riunione della Società Italiana di Dermatologia, Roma, 1908.

ALESSANDRINI. *Manuale dell'Igienista* di A. CELLI. Vol. I, p. 2ª, pag. 1076. — Torino, 1912.

OSPEDALE CIVILE A. SAFFI, FORLÌ
SEZIONE MEDICA diretta dal prof. P. STEFANELLI.

Vasta epidemia di acariasi da grano in Romagna

pel dott. PIO PANTALEONI.

Dall'inizio del mese di settembre si è verificato nella provincia di Forlì una malattia della pelle, a carattere straordinariamente pruriginoso, a tipo epidemico, che da alcune famiglie di contadini della Valle del Montone si è estesa rapidamente a varie frazioni del comune e in molti comuni limitrofi, specialmente della provincia di Ravenna.

La malattia ha destato un certo allarme per la sua rapida diffusione, poichè in poco più di tre settimane ha interessato la maggioranza delle famiglie della provincia, è per il fastidio non lieve di avere contemporaneamente tutti i componenti di una famiglia (bambini e adulti) in preda ad un'eruzione cutanea che dà fortissimo prurito e spesso fenomeni generali, come febbre (37°.5-38°; in casi rari 39°-40° con delirio e cefalea), sudore e impossibilità di attendere liberamente alle proprie occupazioni.

L'eruzione, costituita di papule o papulo-vescicole, inizia di solito al collo e in altri casi agli avambracci e di lì si diffonde in poche ore a tutte le parti del corpo (sia ventrali che dorsali) specie dove la pelle è priva di peli, venendo completamente escluso il cuoio capelluto, il cavo ascellare, il pube e le parti pelose delle gambe: non sono mai colpite le mani e i piedi.

I primi casi ospedalizzati (con diagnosi di eritema scarlattiniforme, quarta malattia, febbre infettiva, vaioloide, ecc.) sono guariti in tre o quattro giorni con bagni generali e polveri a base di amido cosparse sul corpo; però appena tornati in famiglia hanno ripreso la malattia, e precisamente appena hanno avuto contatto col grano. Tale rapporto si è andato sempre più confermando: infatti la malattia è comparsa in città dopo l'acquisto del grano; alcuni avevano preso la malattia alle braccia dopo aver messo le mani nella massa del grano per sentire se era ben conservato (sobbolllitura); altri l'avevano presa alle natiche dopo essersi seduti su dei sacchi di grano; la maggior parte (contadini, facchini) lavorando intorno al grano in maniche di camicia avevano notato l'eruzione al collo e alle braccia per il sollevarsi della polvere del grano.

Raccogliendo un po' di tale polvere, di color marrone chiaro, come cannella polverizzata, leggerissima e facilmente trasportabile col movimento dell'aria, ed esaminandola, già ad occhio nudo mi convinsi che era in preda ad un movimento continuo. Mettendone un po' sotto il campo del microscopio vidi che era costituita da detriti di crusca e da un numero grandissimo di acari, piccoli e velocissimi, che scorrevano da tutte le parti. Si tratta di una vasta epidemia da *Acarus tritici* o *Pediculoides ventricosus*, che desta un certo interesse per la grande estensione che ha preso: sono migliaia di persone che sono in preda a tale dermatite pruriginosa, e se ben ricordo in Italia non ne sono state descritte di sì vaste fino ad oggi. L'epidemia del 1908 in Toscana, descritta dal Ducrey e da Sberna, è stata molto più circoscritta; così pure quella descritta a Palermo nel 1914 da Philippson.

Sulle varietà cliniche della dermatite in parola, sulla sintomatologia e decorso di essa dirò più diffusamente e con maggiori particolari in un'altra nota.

Forlì, 28 settembre 1920.

TECNICA.

OSPEDALE LUVINI - CITTIGLIO.

Contributo clinico alla cura delle fratture dell'omero mediante il quadrilatero gessato.

Dott. GIULIO SPELTA, chirurgo direttore, libero docente di Patologia speciale chirurgica.

Uno degli inconvenienti che più spesso si possono verificare nella cura delle fratture dell'omero è quello di un maggiore o minor grado di rigidità, quando non si deve parlare addirittura di anchilosi, della spalla.

La maggior parte dei medici seguita a fissare il braccio applicandolo al torace, venendo meno in tal modo ad una precisa razionale indicazione, che vuole che il braccio venga fissato ed immobilizzato in abduzione orizzontale.

Le ragioni che consigliano tale metodo di cura sono assai semplici a comprendersi.

Nella rigidità in adduzione dell'articolazione scapolo-omerale la utilizzazione funzionale del braccio è quasi nulla, poichè viene a cessare il compenso funzionale, che i muscoli motori della scapola esplicano, mentre a braccio fissato in posizione abdotta tale inconveniente non si verifica. Nelle fratture dell'omero, quando si rimuove l'apparecchio immobilizzante, il braccio per il suo peso stesso viene ad avvicinarsi al torace, mentre se si fosse verificato un accorciamento dei muscoli adduttori, l'abduzione sarebbe seriamente ostacolata.

« L'escursione dell'omoplata agirà tanto meglio sull'omero, che le è solidamente attaccato, quanto più esso sarà approssimato a quella posizione, partendo dalla quale la muscolatura della cintura scapolare s'incarica normalmente di continuare a sollevare il braccio ».

Il Middeldorf ebbe l'idea di curare le fratture del braccio in posizione abdotta mediante un grosso e malcomodo cuscino, che in seguito venne sostituito da un telaio triangolare, composto di tre doccie di legno o di metallo.

Con tali mezzi però non si raggiungeva lo scopo di abdurre a sufficienza il braccio, mentre vi erano vari inconvenienti, fra i quali quello di non avere un punto d'appoggio, che impedisse all'apparecchio di spostarsi continuamente in basso.

Il Port corresse le dimensioni dell'apparecchio, conformandolo a triangolo isoscele, con l'apice all'ascella e con la base appoggiantesi da un lato alla piega del gomito e dall'altro al disopra della cresta iliaca: anche questo apparecchio però presenta il difetto principale di non abdurre come è necessario il braccio e l'altro secondario di mancanza di fissazione dell'avambraccio e della mano.

L'Impallomeni, preoccupandosi di ottenere la fissazione dell'arto superiore nell'atteggiamento voluto dalle esigenze funzionali, ricorse ad un triangolo ingessato di facile costruzione e che si può adattare esattamente alle dimensioni del soggetto.

Il Taddei (*Chirurgia Organi Movimento*, fasc. 5-6), che ha usato sia i triangoli di Middeldorf-Port, che quello dell'Impallomeni, ha osservato che anche quest'ultimo, pur essendo di molto superiore ai due precedenti, presenta l'inconveniente di non essere sufficientemente mantenuto fisso dalle tre fasce, applicate come Impallomeni consiglia, e cioè: una che dall'angolo retto va alla regione claveare opposta; l'altra che dallo stesso angolo va girando a cifra 8 sulla spalla omolaterale ed all'ascella opposta; la terza che girata circolarmente intorno al ventre dovrebbe fare aderire il cateto verticale al tronco.

Oltre a questo poi vi è l'inconveniente più grave e si può dire costante dell'edema e del dolore, che si produce e si provoca nell'avambraccio e nella mano, per la pressione che l'angolo acuto supero-esterno viene ad esercitare sulla piega del gomito.

Il Taddei di fronte a tali svantaggi ha creduto di trovare una soluzione, sostituendo al triangolo un quadrilatero ingessato e realmente i risultati ottenuti sono, si può dire, perfetti.

Ho avuto occasione di applicare in parecchi casi il metodo suggerito dal Taddei e ne ho avuto effetti oltremodo lusinghieri, ragione per cui credo utile contribuire con questa breve nota alla diffusione di un metodo di cura semplice, razionale ed alla portata di tutti.

La costruzione del quadrilatero è semplicissima. Sopra una tavola quadrata di legno, di circa 55 cm. di lato, si fanno praticare in vicinanza dei lati dei fori distanti fra loro circa 2 cm. e mezzo. Queste linee di fori vengono ad essere ad angolo retto fra loro. Una terza linea di fori parallela a quella orizzontale soprastante e distante da questa 25 cm. viene praticata perpendicolarmente alla linea verticale. Si rilevano sull'arto sano dell'ammalato le seguenti tre lunghezze:

1° Distanza fra l'apice del cavo ascellare e la piega di flessione del gomito;

2° Distanza fra l'apice del cavo ascellare e il punto sulla verticale corrispondente della cresta iliaca;

3° Distanza fra la piega di flessione del gomito e l'interlinea metacarpo-falangica.

Sulla tavola si riportano le misure prese (diminuendole di 1 cm. e mezzo per tener conto dello spessore dell'apparecchio che si dovrà co-

struire) nel seguente ordine e nel foro corrispondente si introdurrà una bacchetta di legno, che resti saldamente fissata.

Una bacchetta si fissa nel foro che corrisponde all'apice dell'angolo retto delle due linee di fori praticati a due lati contigui sulla tavola. Da questa bacchetta si riporta la prima misura (ascella-gomito) sulla linea orizzontale superiore; la seconda (ascella-cresta iliaca) sulla linea verticale; la terza misura (gomito-interlinea metacarpo-falangea) si riporta dalla bacchetta terminale fissata nella linea superiore al foro corrispondente sulla linea orizzontale inferiore.

Con delle bende gessate si fanno diversi giri intorno a queste quattro bacchette, a seconda dello spessore e della resistenza che si desidera dare all'apparecchio.

Quando il gesso ha fatto presa, si tolgono le bacchette ed il quadrilatero è formato.

Per l'applicazione all'ammalato, un aiuto afferra con forza il gomito flesso del paziente e con trazione continua lo solleva lentamente fino a portare il braccio in posizione orizzontale, in questo momento si introduce il quadrilatero gessato con l'angolo retto corrispondente all'ascella: naturalmente il quadrilatero sarà stato preventivamente ricoperto con uno strato di cotone.

Fig. 1.

Il braccio, che è sostenuto dall'apparecchio, viene abbandonato e viene tenuto fisso invece l'apparecchio, mentre si gira una fascia dall'angolo corrispondente alla cresta iliaca alla regione claveare opposta, quindi si ritorna allo stesso angolo, ripetendo i giri per parecchie volte. Con un'altra fascia si praticano dei giri circolari intorno al torace per tenere bene applicato a questo l'apparecchio. Sopra a questa fasciatura io ho applicato tre o quattro giri con una benda amidata, ottenendo così di impedire l'inevitabile rilasciamento dei giri di fascia, che si produce dopo qualche giorno.

Per ultimo si applica qualche giro di fascia, dopo averlo protetto con una leggera falda di cotone, anche sull'avambraccio (fig. 1).

Fig. 2.

L'apparecchio ideato dal Taddei ha quindi, oltre al pregio di fissare il braccio in abduzione orizzontale, i seguenti vantaggi: esercita una trazione continua ed uniforme dovuta al peso dell'avambraccio, che si trova sopra un piano inclinato; permette fino dai primi giorni di praticare massaggi, essendo il focolaio di frattura e la spalla completamente scoperti.

I risultati che ottenni sui casi da me curati con tale metodo, come ripeto, sono stati veramente buoni, come si può constatare dalla fotografia di uno dei pazienti (fig. 2): la fotografia venne fatta 84 giorni dopo il trauma.

L'apparecchio, dopo poco tempo, è benissimo sopportato dai pazienti, che non sono costretti a tenere il letto, mentre di notte con qualche cuscino disposto a piano inclinato possono riposare tranquillamente senza risentire alcuna noia o dolore.

RIVISTE SINTETICHE.

Le odierne conoscenze sull'etiopatogenesi delle tubercolosi cutanee.

Il capitolo delle tubercolosi cutanee è stato in questi ultimi tempi ed è tuttora oggetto di ricerche istologiche e sperimentali attivissime. I lavori del Darier, dello Jadassohn, del Roemer e dell'Arning — per non citare che i maggiori — hanno, via via, lumeggiato le più discusse e complicate questioni etiopatogenetiche, fornendo all'indagine clinica sempre nuovi dati per la ricostruzione dei singoli quadri morbosi determinati dalla infezione tubercolare nella cute (1).

ETIOLOGIA.

Le varie forme cliniche della tubercolosi cutanea sono ravvicinate da un carattere comune: l'origine dalla presenza del bacillo di Koch o dei suoi derivati specifici. La natura umana o bovina del virus ha, come è noto, una certa importanza nel determinismo delle lesioni specifiche: il bacillo della tubercolosi bovina infatti dà *di preferenza* origine alla tubercolosi verrucosa e ad ogni modo infetta la cute con frequenza assai maggiore che non sia per gli organi interni.

Per affermare la natura tubercolare d'una dermatosi dobbiamo tener conto del complesso di vari criteri fornitici dall'istologia, dalla batteriologia, dalla serologia e dalla stessa terapia.

Il *reperto del bacillo* di Koch nella cute avrebbe valore decisivo, non potendosi esso confondere che col b. della lepra, ma — come è noto — questo reperto è estremamente raro, anche valendosi del metodo di Much o di quello all'antiformina. Quest'ultimo poi non è scevro di per sè da cause d'errore, dovute vuoi all'acqua potabile, vuoi alla presenza di saprofiti cutanei acidoresistenti o di stromi di emazie colorabili con lo Ziehl.

La *cultura* di frammenti di cute su patata glicerinata fornisce, dopo un minimo di 5 settimane, un responso sicuro, ma sgraziatamente non può ottenersi se non da lesioni piane, non ulcerose nè crostose.

Non meno incerta è tutt'oggi la *prova biologica* dell'inoculazione alla cavia, per l'incostanza de' suoi risultati. I quali, se positivi, esigono che si escluda la possibilità di una tubercolosi spontanea o (con l'esame microscopico) d'una pseudotubercolosi. L'inoculazione deve esser fatta profondamente, fin sotto la fascia; per dichiarare negativo il risultato è opportuno attendere 5-6 mesi.

La *reazione alla tubercolina*, se generale, rivela nulla più che un'infezione tubercolare è esistita (ciò che ormai si sa avvenire per la grande maggioranza degli individui), mentre può risultar negativa là ove esista un focolaio in atto dal quale non si liberino anticorpi. Si osserverà quindi la reazione locale all'iniezione di tubercolina nei glutei; meglio, alla cuti-, all'oftalmo- od all'intradermoreazione. Il fatto che con queste prove reagiscono spesso anche focolai leprosi o sifilitici non infirma il valore del metodo.

I *reperti anatomici* non hanno, nella tubercolosi cutanea, quel valore diagnostico che fin qui si ritenne: oggi, il tubercolo come entità anatomica specifica ha perso in dermatologia gran parte del suo valore, tanto che — per non equivocare — sarebbe bene sostituire al termine « tubercolosi » quello di « bacillosi da bacillo tubercolare ».

Ai tipici tubercoli viscerali corrispondono, se mai, soltanto i focolai miliari della tubercolosi cutanea ulcerosa disseminata. Il nodulo luposo è invece un'entità istologica non rispondente al tubercolo macroscopico; è, al più, un aggregato di tubercoli. Il colorito bruno alla diascopia, ritenuto patognomonico, è in realtà comune a tutti i plasmomi giacenti in seno a cute alterata, sotto l'epitelio.

Istologicamente nessun elemento si può affermare specifico della tubercolosi: non le cellule giganti, che in molte altre flogosi croniche furono descritte e soltanto sembra nella tubercolosi siano più grandi e numerose; tanto meno il classico tubercolo, rarissimo nelle lesioni cutanee; o il processo caseoso, raro nella cute e viceversa non infrequente in alcune gomme, in luogo del rammollimento caratteristico. L'assenza di vasi, attribuita comunemente al tubercolo, è fatto incostante; tutt'al più può affermarsi che in esso fanno difetto le alterazioni vasali proprie degli infiltrati sifilitici. Nei quali infiltrati si riscontrano — è noto — plasmacellule, cellule giganti ed epitelioidi.

La differenziazione istologica diviene poi assolutamente impossibile nel caso delle lesioni miliari d'origine allergica (tuberculidi): p. es., tra un *lichen scrophulosorum* ed un sifiloderma agminato micropapuloso peripilare. Va poi tenuto conto della struttura tubercolare che si ha talvolta nella lepra (l. tubercoloide) o in alcune forme micotiche. Senza pregiudizio della discussa questione della « tubercolosi senza tubercoli », si può ormai affermare la non specificità del tubercolo istologico.

---

(1) LEWANDOWSKY. *Die Tuberkulose der Haut.* — Berlino, 1916.

Altri criteri etiologici si desumono infine dalla *statistica* e dalla terapia. Nel primo campo, scarso valore va però concesso al reperto della cutireazione, poichè la grande maggioranza delle persone va soggetta all'infezione tubercolare. Spesso, inoltre, la tubercolosi clinicamente constatata non rappresenta che il terreno su cui si sviluppano dermatosi non tubercolari; un valore statistico può concedersi dunque unicamente a quelle dermatosi che si riscontrano solo in tubercolosi.

Quanto alla *chemoterapia* della tubercolosi con composti chimici vari (preparati di rame, d'oro, di manganese, ecc.), essa è ancor troppo aleatoria per consentire un'illazione diagnostica *ab iuvantibus*. Sicura invece è la diagnosi differenziale dalle forme luetiche: lo ioduro infatti dà solo eccezionalmente una reazione nei focolai tubercolari (mentre la dà anche nella sporotricosi, nell'actinomicosi e nella lepra); il mercurio dà fenomeni di Herxheimer solo nei focolai luetici; e l'arsenobenzolo, se dà tali reazioni nel lupus, non le dà certo così intense come nei focolai sifilitici ricchi di spirochete. Di più, il constatato influsso benefico di questi due rimedi in casi di tubercolosi è affatto eccezionale e non certo altrettanto intenso e precoce quanto nella sifilide. È pertanto lecito affermare che un'affezione cutanea la quale risenta prontamente l'effetto d'uno dei tre rimedi antiluetici non può avere etiologia tubercolare.

PATOGENESI.

Per quanto riguarda la *predisposizione*, la cute è indubbiamente l'organo più refrattario alla tubercolosi: il bacillo di Koch può infatti soggiornarvi senza lederla; frequentemente, vi muore e provoca affezioni endotossiniche; una volta insediatosi nella cute, dà luogo a processi ad evoluzione assai più lenta che le tubercolosi viscerali. La maggior predisposizione dell'età giovanile devesi — oltre alla più frequente occasione d'inoculazioni — al fatto che nell'infanzia ancora non s'è stabilita l'immunità conseguente ai processi tubercolari che quasi tutti contraggono nella giovinezza; tanto è vero che prevalgono nei bimbi le eruzioni d'origine allergica, consecutive alla diffusione del virus per via ematica (tuberculidi). Va anche tenuto conto della varia predisposizione delle singole parti del corpo: il capillizio, ad es., forse per condizioni anatomiche peculiari, offre una speciale resistenza al processo tubercolare; mentre la maggior frequenza dell'infezione nelle parti scoperte è dovuta alle più frequenti occasioni d'inoculazione. L'ereditarietà e la famigliarità della predisposizione, anche intese in senso umorale, non possono a tutt'oggi affermarsi: certo che l'« abito linfatico » o « scrofoloso » sono parole mascheranti l'ignoranza dei fattori morbigeni, ma non è illecito supporre l'esistenza di speciali anomalie embrionali (p. es., accessiva permeabilità della cute ai germi), le quali predispongano all'infezione, modificando il terreno cutaneo, come avviene per gli esantemi acuti.

L'*infezione esogena* o primaria si compie in modo ovvio, per lo più attraverso l'espettorato del tisico; essa avviene con maggior facilità nell'infanzia, per la frequente presenza di superficie abrase od eczematizzate, l'innesto con le dita alla mucosa nasale, il ruzzare al suolo, ecc. L'*endogena* o secondaria ha luogo per contiguità o per metastasi vasale (ematica o linfatica, frequentemente dimostrabili anche all'esame istologico nelle tuberculidi).

Il *determinismo delle lesioni* non ha costante rapporto con la via d'infezione: così, la tubercolosi verrucosa, ritenuta sin qui come tipicamente esogena e d'origine animale, può esser provocata dal bacillo del tipo umano e per via ematogena (tub. verr. post-scarlattinosa), mentre il lupus può essere esogeno. La spiegazione di questi fatti va cercata nelle differenze del terreno cutaneo secondo le localizzazioni: la tubercolosi verrucosa colpisce di preferenza le parti corneificate, il lupus quelle con epidermide sottile. Si hanno esempi di tubercolosi cutanea ematogena consecutiva al morbillo e manifestantesi con focolai verrucosi alle mani e contemporaneo lupus del volto; tanto che da qualche autore si distingue un lupus esogeno o « lupus di Finsen », mentre in realtà la struttura nulla afferma sull'origine. Nè va dimenticata la possibilità di riprodurre per via esogena (strofinando sulla cute bacilli morti) lesioni che, come le tuberculidi, devono ritenersi tipicamente ematogene, anche in base all'esame istologico.

La patogenesi delle tubercolosi cutanee è, in realtà, dominata dal *fattore allergico*: vediamone brevemente le basi sperimentali e i riflessi sulla patologia umana.

L'*infezione di animali normali* ha un diverso risultato nella cavia e nel coniglio e secondo che l'inoculazione avviene per via cutanea od ematogena.

Nella cavia l'*inoculazione cutanea* di bacilli dà una tubercolosi lenta e l'autopsia rivela lesioni delle ghiandole linfatiche, dei polmoni, talora della milza e del fegato, raramente dei reni. L'esame istologico della cute fa notare dapprima un accumulo di polinucleari cui dopo il terzo giorno s'aggiungono i mononucleari (macrofagi), che in breve prevalgono e inglobano i bacilli, sinchè si ha un infiltrato mono-

nucleare circondato da un alone linfocitario e centrato da detrito cellulare, destinato all'ulcerazione. Ad ulcerazione avvenuta, rimangono pochissimi bacilli in seno al tessuto tubercoloide (cellule plasmatiche, giganti ed epitelioidi), il quale si tramuta poi in una cicatrice sottile, rossiccia, contenente ancora tessuto specifico. Più tardi, talvolta, questo tessuto acquista carattere infiammatorio indeterminato ed in seno ad esso i bacilli aumentano di numero.

Nel coniglio possono aversi anche veri focolai lupoidi o corrispondenti alla tub. verrucosa o alle tuberculidi.

In sostanza, il tessuto tubercolare si forma lentamente, differenziandosi dalla primitiva reazione flogistica banale determinata dal corpo estraneo inoculato e contiene tanto minor numero di bacilli quanto più tipica ne è la struttura.

La *superinfezione di animali tubercolizzati* (ottenuta con reinoculazione, dopo un periodo di almeno 4 settimane) dà luogo a reazione assai più rapida e vivace, manifestantesi con edema intenso, talora emorragie e fin necrosi al punto di innesto; dopo 3-4 giorni, tutto si attenua e in breve scompare. L'animale talora soccombe immediatamente alla reinoculazione; ma se sopravvive, ha per solito vita più lunga dei controlli inoculati una volta sola. L'esame istologico fà notare edema, diapedesi di polinucleari e d'emazie; in seguito, distacco della crosta includente detriti (di tessuto e di globuli) e bacilli; poi rapida riepitelizzazione della perdita di sostanza superficiale; raramente dopo due settimane si ha formazione di scarso tessuto tubercolare contenente singoli bacilli e ben presto riassorbito.

L'*inoculazione per via ematogena* (intracardiaca) dà nell'animale immune, dopo due settimane circa, una dermatite papulo-squamosa, dimagramento progressivo e morte lenta, preceduta da lesioni oculari; nell'animale tubercolizzato, invece (e qualora non sopravvenga morte immediata per anafilassi), si ha dapprima rapida reazione eritematosa e poi — dopo un paio di settimane di latenza — efflorescenze papulose, indi squamocrostose, che scompaiono in breve spontaneamente.

L'esame istologico rivela nel primo caso un infiltrato per nulla caratteristico, senza cellule giganti, con bacilli a miriadi; nei corpi ciliari e nell'iride, ammassi di bacilli e reazione iperplastica atipica con accumulo di leucociti. Nel secondo caso, infiltrati limitati, costituiti da tipiche cellule epitelioidi e giganti, a sede prevalentemente perifollicolare e qua e là ulcerati; i bacilli mancano talora completamente.

Il *significato dei reperti sperimentali* è chiaro: l'intensità e la diversità della reazione immediata alla reinfezione dimostra l'intervento dell'organismo tubercolizzato, il quale (per lisi chimica dei bacilli e successiva loro disintegrazione) libera dal virus una sostanza tossica, che nel caso dell'infezione primaria non esiste. Quanto alla reazione tardiva, più lenta, che si svolge con produzione di tessuto tubercoloide (prevalente nel caso dell'inoculazione endogena), essa prova che la genesi del tubercolo è dovuta non già a moltiplicazione del virus in seno al tessuto, bensì alla sua distruzione per opera degli anticorpi specifici. Là dove i bacilli vivono come su di un terreno culturale, si forma soltanto un tessuto infiammatorio banale, non specifico.

Altre esperienze stanno a dimostrare un analogo comportamento dell'organismo di fronte ai germi in esso viventi, anzichè inoculati.

La formazione tardiva di tessuto tubercoloide anche nei casi d'infezione primaria segna l'inizio della comparsa di anticorpi, dovuti allo sprigionarsi dai bacilli di tossine, sotto l'azione di poche lisine esistenti nell'organismo normale. In modo identico reagisce l'organismo normale alla inoculazione di bacilli uccisi, il che prova che la vitalità dei bacilli (moltiplicazione, formazione di esotossine) non entra qui in giuoco; soltanto va notato che nel caso dei bacilli vivi qualcuno può sopravvivere alla distruzione, e non solo dà così luogo al decorso cronico, torpido delle tubercolosi cutanee, ma mantiene lo stato d'immunità. Invece nelle inoculazioni secondarie, siano morti o vivi i bacilli, non ne rimane alcuno.

Analoghi risultati si hanno nelle *esperienze con la tubercolina*, per vero assai affine ai bacilli morti. Non sappiamo se l'immunità sia cellulare od umorale, chè incerte sono tuttora le esperienze sulla sua trasmissione.

Nell'uomo normale mancano per un certo tempo sostanze atte a liberare dalla tubercolina la tossina che stimoli la produzione di anticorpi: ma col crescere dell'età questi soggetti si fanno sempre più rari.

In singoli casi deve inoltre ammettersi una ipersensibilità cutanea verso le tossine, e ciò spiega la genesi delle tuberculidi. Nè va dimenticato che all'azione litica, sprigionante le tossine, ne sussegue un'altra, per cui le tossine stesse vengono rese innocue.

La cutireazione alla tubercolina può risultare negativa in tre contingenze diverse: quando la tubercolosi non c'è, o è estremamente avanzata, oppure decorre favorevolmente, con intensa produzione di anticorpi.

Trasportando *nel campo della patologia umana* questi risultati, due quesiti devono oggi

porsi dinanzi ad ogni caso d'infezione tubercolare: il soggetto colpito era o non era già tubercolizzato? In caso affermativo, in che misura è dotato di anticorpi specifici?

Di fronte all'*infezione esogena*, la massima recettività si ha nell'infanzia, per difetto di anticorpi: ed ecco che, corrispondentemente, il quadro istogenetico si avvicina a quello dell'infezione sperimentale primaria. In età più avanzata, la superinfezione può decorrere inosservata e — misconosciuti i segni della reazione iniziale tumultuaria — la lesione passa per una semplice ferita infetta o simile: così si spiega la relativa rarità delle infezioni in soggetti più esposti al contagio (settori, veterinari, infermieri dei sanatorî, ecc.). Non mancano però le eccezioni: casi nei quali avviene una notevole diminuzione degli anticorpi mentre è in atto la tubercolosi.

Da taluni autori si sostiene un parallelismo tra modo d'infezione e forma clinica: lo Jadassohn, p. es., ritiene che il lupus (al contrario della tubercolosi ulcerosa dei lattanti) sia sempre espressione di una superinfezione. Ma è assai più probabile che la differente reazione dipenda da una differenza organica, di struttura anatomica, tra la cute dell'infante e dell'adulto. La superinfezione nell'adulto dà un quadro clinico che sta fra quello descritto nella cavia e quello del coniglio (v. sopra): le alternative della lotta tra anticorpi e bacilli sopravvissuti alla distruzione hanno riscontro nel decorso per mandate successive del lupus. Questa lotta si riduce per lo più ad un fenomeno affatto locale, e ne è prova il fatto che spesso la cutireazione riesce nello stesso infermo negativa sulla cute sana e positiva presso il focolaio; è così che nel luposo può venir a mancare l'immunità verso un'ulteriore infezione specifica (per es. tub. viscerali) e detta infezione decorre quindi con maggior gravità che in un soggetto precedentemente sano. Se ne può dedurre che l'infezione cutanea dia origine a minor copia di anticorpi che la viscerale, e ciò avrebbe un riscontro nel fatto che i tisici raramente presentano tubercolosi cutanee. Le tubercolosi cutanee dei tisici sono sempre dovute a bacilli numerosissimi e provenienti dallo stesso soggetto (si invoca qui una presunta, benchè non dimostrabile, immunizzazione progressiva del virus verso gli anticorpi omologhi); esse trovano una condizione propizia nelle attenuazioni temporanee del potere immunitario durante il decorso della tisi (corrispondentemente a quanto vedemmo avvenire nella cavia reinoculata).

La forma ulcerosa, p. es., compare negli stadi avanzati della tisi, che non reagiscono più alla tubercolina: e difatti istologicamente presenta ricchezza di bacilli, ma poco o punto tessuto tubercolare.

L'*infezione endogena* può aversi per contiguità o per via ematogena.

Nel primo caso si tratta sempre di soggetti tubercolosi, onde entrano in campo la quantità degli anticorpi e dei bacilli. Prescindendo dal lupus nasale primitivo, che ha quasi sempre origine esogena, la propagazione dell'infezione avviene dai tessuti sottostanti: ghiandole, articolazioni, ossa. Benchè questi luposi presentino ricchezza d'anticorpi (cutireazioni intense), la forma clinica è ostinata e grave: il fatto ha una spiegazione nella sede del processo nel sottocutaneo, tessuto più ricettivo che la cute, oppure nella possibilità di continuato apporto di bacilli dal focolaio alla cute.

L'infezione per via ematogena dà luogo nei visceri alla tubercolòsi miliare disseminata, che solo eccezionalmente nell'adulto si localizza alla cute. Essa è caratterizzata nel lattante e nel bambino da note cliniche ed istologiche poco spiccate e da presenza di numerosissimi bacilli: la mancanza di anticorpi porta seco l'assenza di tipico tessuto tubercolare. Per il lupus o la tubercolosi verrucosa disseminati che insorgono in seguito ad esantemi acuti, si può spesso assistere alla disseminazione durante un periodo in cui la cutireazione si fa negativa (specialmente nel morbillo); ma queste forme cliniche hanno scarsa tendenza ad estendersi. Quando invece l'immunità nel corso dell'esantema non è diminuita ed i bacilli disseminati per via ematica sono scarsi, vediamo insorgere le tuberculidi.

Le *tuberculidi*, descritte per il primo dal Darier, costituiscono in dermatologia un'entità morbosa a caratteri mal definibili, caratterizzata — oltre che dal presentarsi in soggetti tubercolosi — dalla comparsa a mandate, dall'assenza quasi costante di bacilli e spesso anche di tessuto specifico, dalla disseminazione simmetrica, dalla benignità e dalla guarigione spontanea.

Varie teorie furono escogitate per spiegarne la patogenesi.

L'ipotesi che esse siano determinate dalle sole tossine tubercolari, anzichè dai bacilli, è confortata dal carattere esantematico della disseminazione (che le ravvicina alle tossidermie), dalla minore ostinazione del processo e dall'assomiglianza alle eruzioni conseguenti talvolta all'iniezione di tubercolina. Altri fatti lascerebbero supporre che esse siano dovute alla presenza di bacilli (sia pure a virulenza attenuata, morti o frammentati): così il reperto di tubercoli in qualche caso, la frequente strut-

tura tubercoloide e l'eventualità di trasformazione in tubercolosi cutanee tipiche.

La *teoria tossica* urta però nella constatazione che noi non conosciamo sinora una tossina tubercolare capace di provocare alterazioni patologiche nell'uomo o negli animali da esperimento; mentre l'invocare un contemporaneo stato allergico dell'organismo obbligherebbe ad ammettere una concentrazione minima delle tossine, dato che questo stato non è rilevabile biologicamente. Inoltre si dovrebbero presentare con maggior frequenza dove più ricchi sono i bacilli, nella tisi: ciò che non è; che anzi, è per lo più difficile rintracciare il focolaio tubercolare primitivo che diede origine alla tuberculide.

Alla *teoria bacillare* si può obbiettare che l'inoculazione di bacilli morti non dà luogo nel sano a comparsa di eruzioni paragonabili alle tuberculidi.

La *teoria immunitaria* è — allo stato attuale delle nostre conoscenze — la più soddisfacente e plausibile.

La *patogenesi delle tuberculidi,* secondo questa teoria, va riferita alla distruzione di bacilli per opera di anticorpi abbondanti in organismi affetti da tubercolosi benigne, con esito in liberazione di tossine dai corpi bacillari.

Questo processo ha luogo non già in seno al focolaio tubercolare primitivo (la stessa distribuzione delle lesioni fa pensare ad embolie piuttosto che a diffusione di tossine), ma in punti indifferenti della cute, ove i bacilli pervengono col sangue e — trovando condizioni di terreno inadatte o grazie ad una speciale immunità cellulare — vengono rapidamente distrutti, liberando le tossine. Una riprova istologica del fatto si ha nella presenza in primo tempo di lesioni puramente infiammatorie, che giungono sino alla necrosi, sulle quali in seguito prevale il tessuto tubercoloide ed infine un tessuto di granulazione indifferenziato.

La possibilità di provocare sperimentalmente le tuberculidi mediante la tubercolina devesi a che questa viene deposta sulla cute in quantità tali, quali soltanto dalla distruzione di bacilli possono formarsi; se l'iniezione è sottocutanea, il *lichen scrophulosorum* che talvolta si ottiene va riferito ad una reviviscenza di focolai latenti con mobilizzazione dei bacilli.

La relativa rarità delle tuberculidi è dovuta in parte al fatto che abitualmente le tossine tubercolari formantisi nella cute vengono distrutte da antitossine, in parte alla varia reattività individuale. Nè si dimentichi la frequenza con cui l'eruzione passa inosservata, contrariamente a certe manifestazioni oculari così dette « scrofolose », che son vere e proprie tuberculidi, ma spingono prima o poi il paziente a consultare il medico. Nello stesso concetto di « reumatismo tubercolare » del Poncet vi è un fondo di realtà clinica, rispondente alle alterazioni tessurali di natura allergica.

Il Lewandowsky così schematizza le condizioni patogenetiche delle tubercolosi cutanee endogene:

Sede del processo	Bacilli abbondanti, anticorpi scarsi o mancanti	Bacilli in discreta quantità, anticorpi scarsi o modici	Bacilli scarsi, anticorpi abbondanti
Nella cute	*tub. cut. miliare disseminata*	*lupus ematogeno (postesantematico)*	*tuberculidi*
Nell'ipoderma	*ascessi tubercolari multipli*	*gomme tubercolari (colari tub. colliquative)*	*eritema indurato*

I *rapporti tra tubercolosi viscerali e cutanee* non sono naturalmente così schematici: la pratica insegna che talvolta la lesione cutanea può guarire mentre la viscerale peggiora fino all'*exitus*, ma in tal caso va tenuto conto delle condizioni in cui questa si svolge, dell'importanza del viscere colpito e dei processi cicatriziali residuanti (stenosi intestinali, vaste sclerosi polmonari, ecc.).

P. RUSCA.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

Forme cliniche e trattamento del tetano.

(P. MOIROND. *Gazette des Hôpitaux*, n. 31 e 33, 1920).

Durante la guerra e specie nei primi tempi è stato possibile osservare un numero rilevante di casi di tetano e non solo nella forma acuta generalizzata che più di frequente si riscontra, ma anche nella forma di tetano parziale, subacuto o cronico, tardivo, che costituisce una delle forme anomali meno frequenti.

Tetano acuto generalizzato. — Nel tetano acuto generalizzato si distinguono abitualmente 3 periodi contraddistinti dall'insorgenza di sintomi particolari. Così nel periodo iniziale compaiono il trisma, la rigidità della nuca, la disfagia. Il viso dell'ammalato assume una maschera particolare, denominata riso sardonico o cinico, e solo gli occhi, conservando la loro normale mobilità, fanno contrasto con il resto del viso.

A questo periodo segue quello della generalizzazione delle contratture, con attitudini particolari, quali l'opistotono, l'emprostotono, il pleurostotono. Sorgono frequenti crisi di contrazioni cloniche dolorosissime che possono essere provocate o per eccitazioni dirette o per eccitazioni a distanza per la notevole ipersensibilità degli organi dei sensi.

Altri due sintomi sono propri di questo periodo, l'ipertermia e la tachicardia.

La formula sanguigna non presenta caratteri particolari; il liquido cefalo-rachidiano non mostra alcuna speciale alterazione.

Nel terzo periodo le contratture invadono i muscoli respiratorî, e si determinano crisi di asfissia che si susseguono le une alle altre sino alla morte.

Nel tetano acuto generalizzato si hanno peraltro anche forme acutissime che conducono a morte in 24-48 ore, per localizzazione della tossina tetanica nei centri respiratorî e prima ancora che si siano sviluppati e generalizzati tutti i sintomi propri della malattia. Anche la forma denominata tetano splancnico può essere avvicinato alla forma acutissima: porta a morte in 24-48 ore ed è caratterizzato da contratture dei muscoli della deglutizione e della respirazione.

Le forme acute durano ordinariamente 4-5 giorni ed accanto ad esse si hanno forme con guarigione quando sia stato iniziato precocemente ed intensamente il trattamento specifico.

Tetano localizzato. — L'obbligo di praticare iniezioni antitetaniche a tutti indistintamente i feriti di guerra ha fatto quasi scomparire le forme tipiche di tetano, ed ha invece rese più frequenti le forme atipiche, caratterizzate da contratture localizzate e da un andamento subacuto o cronico, con prognosi per lo più favorevole. Di tali forme atipiche si possono distiguere: 1° il tetano cefalico; 2° il tetano parziale degli arti.

Tetano cefalico. — Si presenta sotto due forme nettamente differenziabili l'una dall'altra, sia per i sintomi che per il decorso e la prognosi: il tetano cefalico non paralitico ed il tetano cefalico con paralisi facciale.

Il tetano cefalico non paralitico segue ordinariamente a ferite della testa e presenta solo contratture di alcuni muscoli facciali o cervicali e trisma uni- o bilaterale. Alle volte però a tali sintomi si accompagnano spasmi faringei determinanti delle vere crisi di idrofobia ed accessi di dispnea intensa che aggravano notevolmente il quadro della malattia rendendo infausta la prognosi.

Il tetano cefalico con paralisi facciale fu descritto la prima volta da Rose nel 1872 e segue soltanto a ferite della faccia, sia esterne che interne È caratterizzato da 3 ordini di sintomi:

1° Le contratture sono localizzate alla regione cervico-facciale; sono o unilaterali o bilaterali ed interrotte da accessi spasmodici che sopravvengono al minimo eccitamento.

2° Alle contratture si accompagna paralisi del facciale, dei nervi motori dell'occhio, dell'ipoglosso. La paralisi del facciale non manca mai e compare dal 7° al 12° giorno. Assume i caratteri della paralisi periferica completa, ma in alcuni casi si può avere o soltanto la paralisi del facciale inferiore o soltanto — e ciò molto più raramente — quella del facciale superiore. Si può avere anche paralisi facciale totale con disturbi dell'udito, dell'odorato e del gusto. Fra i nervi motori dell'occhio più facilmente è colpito il III paio; più di rado il IV ed il VI.

L'oftalmoplegia non presenta caratteri diversi da quella dovuta ad altre cause: tuttavia è da notare che il più colpito è il muscolo elevatore della palpebra superiore, e che il retto esterno ordinariamente si mostra meno colpito degli altri muscoli oculari.

Non di rado è paralizzato anche l'ipoglosso, avendosi così una sindrome labio-glosso-laringea.

3° L'evoluzione è cronica senza febbre e senza disturbi dello stato generale. La mortalità è del 50 %.

Le ricerche sperimentali e quelle anatomopatologiche hanno dimostrato che le paralisi sono dovute ad una virulenza maggiore della tossina tetanica e che la sede della lesione è nei centri dai quali si originano i nervi paralizzati, onde si deve parlare non di neurite, ma di lesione nucleare.

La diagnosi di tali forme atipiche del tetano costituisce la parte più importante, dato che possono svilupparsi i sintomi della malattia, quando è quasi o completamente scomparso ogni segno del punto d'ingresso dell'infezione e viene così a mancare uno degli elementi capitali per la diagnosi. Devono essere quindi oltremodo particolareggiati ed accurati l'anamnesi e l'esame clinico dell'ammalato.

Tetano parziale degli arti. — Osservato già nel 1863 da Guy de Chauliac, il tetano parziale degli arti è stato solo recentemente studiato e descritto. Se ne distinguono due forme:

a) Forma monoplegica:

Colpisce ordinariamente l'arto inferiore e comincia a manifestarsi quando la ferita è già cicatrizzata o quasi. Il periodo d'incubazione è ordinariamente di 15-20 giorni. All'inizio si nota un dolore vivo localizzato all'arto senza apparente lesione. Al dolore segue la contrattura, che lentamente si estende a tutto l'arto e che può colpire anche la parete addominale. Due segni sono stati indicati da Claude e Lhermitte, come importanti ed utili per la diagnosi: l'ipereccitabilità abnorme dei muscoli e di nervi alle correnti faradica e galvanica, e l'esagerazione dei riflessi tendinei e periostei. Successivamente compaiono anche contratture generalizzate (trisma, rigidità della nuca e disturbi respiratori), ma le contratture localizzate all'arto primo colpito sono sempre quelle più intense e predominanti.

La temperatura è irregolare; il polso è frequente e regolare; spesso si ha ritenzione di urina. Generalmente l'andamento è cronico e conduce a guarigione.

Nella diagnosi di tale forma del tetano occorre tenere presente che essa va distinta dalla tetania, nella quale le contratture determinanti un atteggiamento tutto particolare risiedono all'arto superiore; dalle contratture di origine centrale per lesioni meningee, cerebrali o midollari; dalle contratture per lesione dei nervi. È necessario ricordare che esistono, nei feriti con lesioni dei nervi complicate a presenza di corpi estranei, delle contratture pseudotetaniche, messe in evidenza da René Le Fort. Tali contratture scompaiono completamente asportando il corpo estraneo.

b) Forma paraplegica.

Più frequente è la forma paraplegica inferiore. L'evoluzione è uguale a quella della forma monoplegica. La contrattura si estende più facilmente ai muscoli addominali. La varietà paraplegica superiore è eccezionale.

Sono state descritte anche delle forme fruste a evoluzione lenta e ad incubazione prolungata. In tali forme le contratture sono leggere e localizzate all'arto ferito o ai masseteri e non impediscono al malato di attendere alle sue occupazioni. Però lentamente si accentuano ed estendono mentre lo stato generale dell'infermo permane buono. Caratteristico è l'aspetto del viso, il collo è rigido, l'apertura della bocca determina la contrazione di tutti i muscoli della faccia; difficile è la protrusione della lingua. Anche in questi casi si ritrovano i due sintomi importanti per la diagnosi: l'ipereccitabilità dei muscoli e dei nervi alle correnti faradica e galvanica e l'esagerazione dei riflessi periostei e tendinei con clono del piede e della rotula.

Nella patogenesi di queste forme di tetano localizzato, con l'osservazione di quanto si ottiene sperimentalmente negli animali, si ammette che due siano i fattori principali: l'introduzione di una piccola quantità di tossina; e l'immunità relativa del ferito. Tale immunità può essere naturale o acquisita mediante iniezioni di siero. Infatti in molti feriti che avevano subito ricevuto un'iniezione di siero antitetanico si è osservato il comparire di una di tali forme di tetano localizzato. Borrel ha chiamato queste forme di tetano come *postsierose* e Lumière e Montais ne hanno distinte tre varietà:

1ª tetano senza trisma;

2ª tetano con trisma tardivo;

3ª tetano con trisma iniziale.

I disturbi cerebrali nel tetano. — Si riteneva che una delle caratteristiche del tetano fosse l'integrità dell'intelligenza. Con l'uso del siero i centri bulbari possono essere preservati dall'azione della tossina tetanica, e si è avuto così occasione di osservare che quando la tossina tetanica invade i centri cerebrali, si determinano disturbi particolari consistenti in allucinazioni, delirio, fobie ad inizio improvviso, che perdurano circa 8 giorni per attenuarsi poi progressivamente. Non si accompagnano ad elevazione termica e rappresentano i segni di una forma benigna, certamente dovuta all'efficacia dei mezzi terapeutici e profilattici impiegati.

Trattamento del tetano. — 1. *Trattamento profilattico.* — Consiste anzitutto nella cura locale della ferita, con ablazione estesa dei tessuti mortificati ed asportazione dei corpi estranei; e nella sieroterapia preventiva. Le osser-

vazioni compiute durante la guerra hanno dimostrato l'efficacia dell'uso del siero antitetanico a scopo preventivo. Le iniezioni di siero, per essere utili, devono essere eseguite il più presto possibile e per lo più nella misura di 20 cc., che si devono ripetere nei giorni seguenti, a seconda della gravità della ferita.

10 cc. di siero corrispondono a 4000 unità antitossiche. L'unità antitossica francese rappresenta la quantità necessaria per neutralizzare cento dosi mortali di tossina, intendendosi per dose mortale la quantità sufficiente ad uccidere in 4-5 giorni una cavia di gr. 350 per iniezione endomuscolare.

Vallée e Louis Bazy hanno proposto la vaccinazione antitetanica usando come vaccino una tossina iodata. Si pratica una prima iniezione di 4 cc., una seconda di 8 cc. ed una terza di 12 cc.

Il siero antitetanico non produce alcun danno. L'unico inconveniente che si può avere è quello di fenomeni anafilattici. Ma si può evitare tale complicazione ricorrendo al metodo antianafilattico di Besredka.

2. *Trattamento del tetano dichiarato.* — Una prima misura è quella della cura locale del focolaio d'infezione. Tale trattamento deve essere ampio, esteso, con profondi sbrigliamenti, drenaggi, rimozione di corpi estranei anche profondi.

L'applicazione di siero antitetanico in polvere sulla piaga è senza effetto.

Sono stati riportati casi di guarigione con l'uso di iniezioni ipodermiche di ossigeno (2 litri ogni 24 ore) nel focolaio di infezione, approfittando dell'anaerobiosi del bacillo di Nicolaier.

Per combattere l'intossicazione si possono usare agenti chimici ed il siero. Fra gli agenti chimici è stato con vantaggio impiegato (metodo di Baccelli) l'acido fenico per iniezioni di gr. 0.40 e 1.50 varie volte al giorno attorno alla ferita.

Lumière ha ottenuto buoni risultati con le iniezioni endovenose di persolfato di soda neutro al 5 %. Ne inietta 20 cc. una o due volte al giorno.

Per quanto riguarda la sieroterapia curativa, essa si dimostra innocua, ma non sicuramente efficace. Per essere efficace deve essere precoce e massiva. Le iniezioni non devono essere sottocutanee soltanto, ma anche paranervose, intraspinali, endovenose e locali attorno alla ferita. Occorre iniettare almeno 200 cc. di siero in 2 o 3 giorni.

Heddaüs ha consigliato l'iniezione intracarotidea. L'impiego dell'iniezione intrarachidea avrebbe dato buoni risultati; non è di facile applicazione per la difficoltà di praticare la puntura lombare nei tetanizzati. Ordinariamente si iniettano 40-60 cc. di siero per 2 o 3 volte con l'intervallo di 48 ore da un'iniezione all'altra.

Le iniezioni intracerebrali che sono seguite da successo brillante nel tetano sperimentale non hanno dato risultati incoraggianti nel tetano umano.

Per calmare le crisi tetaniche sono impiegati utilmente molti sedativi. Il migliore è il cloralio, che si può somministrare o per clisteri (da 8 a 12 gr. al giorno) o per iniezioni intramuscolari (da 2 a 4 gr. in 20 cc. d'acqua sterile, 3-4 volte al giorno) o per via endovenosa (tre iniezioni nelle 24 ore di 60 cc. di una soluzione al 5 %.

Il cloroformio è usato per inalazione, l'etere per via endovenosa (5-15 cc. di etere in 150-450 di soluzione fisiologica sterile).

Tutti gli altri sedativi possono essere impiegati utilmente.

Il solfato di magnesia è usato pure con notevole vantaggio, per il potere inibitorio che ha sul sistema nervoso.

Deve essere somministrato per via endovenosa, usando una soluzione al 3 %. Se ne iniettano 25 cc. lentamente e sorvegliando attentamente il malato, sospendendo se compare cianosi ed iniettando subito in tal caso 2 cc. di soluzione al 5 % di cloruro di calcio. Il solfato di magnesia è anche usato per via intrarachidea nella dose di 2 cc. di soluzione al 25 %. Tale rimedio avrebbe il potere di calmare gli spasmi dolorosi, ma presenta non pochi inconvenienti (elevazione termica, eritemi, cefalea, paralisi degli arti inferiori, coma transitorio, disturbi respiratori).

Contro i fenomeni asfittici gravi si può impiegare, ma solo in via eccezionale, la tracheotomia, e, come consiglia Jehn, la sezione bilaterale del frenico.

Nell'alimentazione degli ammalati di tetano spesso non è possibile usare la via orale per il trisma e la disfagia. Occorre quindi ricorrere alla via rettale, alternando i clisteri nutritivi con clisteri di soluzione fisiologica glucosata. È bene anche praticare una o due ipodermoclisi al giorno di soluzione fisiologica.

TRENTI.

Preghiamo i nostri lettori dall'astenersi di richiedere nella « Posta degli abbonati » notizie bibliografiche

Il nostro giornale ha una rubrica « Cenni bibliografici » in cui sulle opere più moderne e più importanti si richiama l'attenzione dei lettori.

Inoltre nell'indice di ogni annata, redatto con estrema diligenza, si può facilmente ritrovare la indicazione degli articoli più recenti, dei maestri più autorevoli.

Si fa pure viva preghiera di non domandare giudizi « su casi particolari »: nessun diagnostico, nessun consiglio terapeutico può razionalmente essere fornito a distanza, senza la visione del malato.

CHIRURGIA.

Grave emorragia polmonare pericolosa alla vita, successiva a puntura esplorativa, frenata con un intervento chirurgico.

(Dott. MAX FLEX-THEBESINS
Münch. Mediz. Woch., n. 4, pag. 99).

L'emorragia, quale accidente successivo alla toracocentesi, è ritenuta un accidente assai raro e la letteratura ricorda pochi casi seguiti da morte per la puntura di un vaso. Un poco più conosciuti sono i casi di morte per puntura dell'arteria intercostale (p. es., i casi di Naunyns e Waldvogel). Emorragie mortali dal polmone stesso sono state descritte solo in donne vecchie (Metzlar e Stählin e Bonninger) con sclerosi dei vasi. In questi casi alla toracocentesi è seguito lo sputo sanguigno e la morte subentrò presto dopo per occlusione dell'albero bronchiale.

K. M., d'anni 15, ammalò nel dicembre 1918 di pneumonite bilaterale, alternante, con successivo empiema sinistro, che all'8 febbraio 1919 richiese una resezione costale per la quale il paziente, nel maggio 1919, raggiunse la completa guarigione. Al 10 luglio 1919 tornò ad ammalarsi con prurito al vomito, cefalea e febbre fino a 40°. Sospettandosi un residuo del vecchio ascesso, all'11 luglio puntura esplorativa nell'ottavo spazio intercostale sulla linea della cicatrice del vecchio intervento chirurgico.

La puntura dà esito a poco sangue oscuro di color violetto. Dopo la puntura il paziente è abbattuto, si addormenta, le labbra impallidiscono; l'ammalato è consegnato alla divisione chirurgica in questo stato: Paziente debole, apatico, molto pallido, temperatura 38°.2, polso piccolo frequente 118 al minuto; la metà sinistra del torace è immobile nella respirazione, ottusità assoluta a sinistra indietro in basso fino alla scapola, respiro smorzato, alla radiografia ombra spiccata di questa regione. Il 12 luglio lo stato si aggrava: temperatura 39°.9, polso 142, pulsazione manifesta della vecchia cicatrice.

Intervento operativo. — La puntura esplorativa dà esito a sangue; toracotomia; dopo vuotato circa 1 litro e mezzo di sangue si scopre una cavità incapsulata, della grandezza di due pugni: la parete mediale è costituita dalla pleura polmonare aderente, al terzo inferiore una ferita da punta dalla quale cola continuamente sangue rosso chiaro. Vicino a questa un'ulcerazione della grandezza di un pisello. Controincisione al punto più basso, resezione costale, tamponamento, drenaggio. Microscopicamente il liquido sanguigno contiene molti leucociti, streptococchi stafilococchi. La cannula esploratrice, dunque, attraverso la cavità ascessuale era arrivata nel polmone ed ivi aveva ferito un vaso che per la mancata possibilità di retrazione del polmone non si era chiuso.

Questo caso ci insegna che non si può accettare l'assioma di Gumprecht, « che la ferita del polmone con un trequarti sottile non può apportare emorragie pericolose ».

Bonninger e Stähelin sconsigliano la toracocentesi nei vecchi e nei cachetici per la poca elasticità del tessuto polmonare, delle pareti vasali, e per l'impossibilità che tali pazienti espettorino il sangue che arriva nei bronchi. Il caso presente ci insegna che emorragie pericolose possono osservarsi anche in individui giovani e che dopo la puntura è necessaria una rigorosa sorveglianza del malato ed eventualmente il suo trasferimento in un riparto chirurgico, poichè in questi casi la sola toracotomia può salvare una vita seriamente minacciata.

Trento, maggio 1920.

Dott. LEOPOLDO PERGHER.

LETTERATURA.

BONNINGER: *Caso di morte in seguito a puntura esplorativa della pleura.* Ver. f. 1. M. in Berlin, sessione 18 marzo 1907. D. med. W., 1907, n. 16.

ID.: *Ueber tödliche Blutung bei Probepunktionen der Lunge.* Berl. Klin. Woch., 1919, numero 31.

GUMPRECHT: *Die Technik der speciellen Therapie.* II Aufl. — Jena, Fischer, 1900.

METZLAR: *Doodelijke bloeding bij proefpunctie in de long.* Niederlandsch Tiydschrift voor Geneeskunde Ig., 51, 1915.

NAUNYN: *Kurzer Leitfaden für die Punktion der Pleura und Peritonealergüsse.* Strassburg, Turbner, 1889.

WALDVOGEL: *Zwischenfälle bei der Thorakozentese, speziell über das Wesen der albuminösen Expektoration.* D. Arch. f. Klin. Med., 1906, Bd. 89, pag. 322.

STÄHELIN: *Ueber tödliche Blutungen bei Probepunktionen des Lunge.* Berl. Klin. Woch., 1919, n. 24.

DIVAGAZIONI.

Ringiovanimento ?

Dopo numerosi esperimenti, il prof. Steinach di Vienna annunzia di aver trovato un metodo scientifico, applicabile all'uomo, per realizzare l'ideale di Faust.

Egli raggiunge lo scopo mediante la legatura o la resezione dei vasi deferenti, oppure mediante i raggi X opportunamente dosati.

***

La ricerca dell'elisir di lunga vita appassiona da tempo l'umanità.

A parte i mezzi igienici (sobrietà, attività fisica, difesa contro le infezioni, ecc.), i quali sono ad azione troppo blanda e troppo anodina, si è tentato di ricorrere a mezzi che diremmo specifici, reputati o vantati come più efficaci.

Così Metschnikoff aveva suggerito i bacilli bulgari, perchè trovò che essi abbondano nel latte acido, il quale è usato largamente nella terra classica dei centenari, la Bulgaria.

Da più parti si è rivolta l'attenzione alle glandole genitali. Falliti i tentativi alla Brown-Séquard mediante le iniezioni di estratti testicolari (forse perchè il presunto ormone testicolare è molto labile), si è ricorso ai trapianti e innesti di glandole genitali *in toto* od in frammenti. Molte ricerche sono state compiute silenziosamente, in questo campo, da studiosi italiani (lo ha documentato Ferrannini sulla *Riforma Medica*), fino a che, lo scorso anno, Sergio Voronoff annunziò, in modo clamoroso, i suoi esperimenti al 28° Congresso francese di chirurgia.

Le ricerche del Voronoff sono state eseguite nella Stazione fisiologica del Collegio di Francia, a partire dal 1916, su circa 120 ovini, quasi tutti maschi (montoni e becchi). Trapianti *in toto* e innesti di grossi e piccoli frammenti di testicolo vennero praticati sotto la cute, nel peritoneo e specialmente nelle borse di animali interi o castrati, giovani, adulti e vecchi, con risultati notevoli: nei vecchi si ebbe aumento del vigore generale, ritorno dei caratteri sessuali secondari, risveglio della potenza coeundi, ecc. Gli esami istologici, eseguiti da Betterer e comunicati alla *Société de Biologie*, provano che il tessuto germinativo degenera ma che invece persiste il tessuto interstiziale: questo elabora la secrezione interna dalla quale dipendono i caratteri sessuali secondarî ed alla quale si attribuisce l'attitudine a ravvivare tutte le funzioni organiche; la « glandola interstiziale » persiste in specie alla periferia dei trapianti e innesti.

Affinchè l'attecchimento abbia luogo e sia durevole, è necessario che il materiale provenga da un individuo della stessa specie di quello che lo riceve.

Ciò crea una gravissima difficoltà qualora si vogliano applicare all'uomo queste ricerche: difatti bisognerebbe innestare frammenti di glandole umane, tratte da individui giovani e sani, requisito che in pratica riesce quasi inattuabile.

Qualche esperimento in tal senso, per altro, è stato fatto: così il chirurgo R. Mühsam ha reso noti tre interventi del genere, compiuti con buon esito.

***

La difficoltà è stata vinta dallo Steinach, in quanto che egli si limita a stimolare le glandole genitali o gonadi dello stesso soggetto su cui opera.

La deferentectomia — alla quale egli prevalentemente ricorre — venne introdotta nel 1894 da Lennander, di Upsala, per la cura dell'ipertrofia prostatica (come succedaneo della castrazione e della legatura del cordone spermatico, che avevano cagionato tanti disastri). In seguito essa venne modificata e perfezionata da Helferich, da Harrison, da Isnardi (di Vercelli); ma ben presto essa cedette il posto alla prostatectomia.

Con non poca sorpresa, venne osservato che alcuni individui operati di deferentectomia miglioravano in modo marcatissimo e sembravano ringiovaniti, ciò che non poteva mettersi in rapporto con il solo emendamento dei disturbi prostatici.

In questi ultimi anni le deferentectomie sono state eseguite in discreto numero negli Stati Uniti d'America ed anche nella Svizzera, a scopo di profilassi sociale, in specie sugli stupratori; ma si dovette smettere l'intervento perchè si osservò la persistenza o il rafforzamento dei poteri sessuali, con aggravamento dei vizî che si volevano correggere!

Questi risultati si spiegano oggi, alla luce delle numerose ricerche istologiche di Steinach eseguite sui topi: esse provano che, occludendo o resecando i vasi deferenti, il tessuto germinativo, il quale non può più funzionare, degenera, ma che in compenso la glandola interstiziale (o « della pubertà », come lo Steinach preferisce chiamarla) entra in prolificazione ed in iperattività.

Anche in alcuni prostatectomizzati si è visto un miglioramento generale notevolissimo; si è voluto spiegarlo ammettendo che si sia determinata, in essi, una ferita operatoria dei deferenti, con occlusione consecutiva.

Alcune applicazioni delle ricerche e delle vedute di Steinach sono già state fatte all'uomo: per es. R. Lichtenstern di Vienna riferisce su 26 interventi, dei quali 18 su vecchi e 8 su uomini maturi e su giovani affetti da senilità precoce. I risultati furono sempre tardivi: si sono fatti attendere perfino 5 mesi; ma in molti casi avrebbero del sorprendente: le caratteristiche della senilità sarebbero lentamente scomparse (così l'indebolimento della forza muscolare e delle facoltà mentali, in specie della memoria, la rigidezza articolare, la pelle secca e vizza, ecc.; si sarebbero ripristinate le funzioni sessuali). Resta a vedere quale parte abbia la suggestione in tali manifestazioni e, se mai fossero effettive, quale durata esse avranno.

Invece di eseguire il piccolo intervento chirurgico sui deferenti, si è anche tentato di applicare i raggi X: ciò non deve sorprendere, poichè usati in dosi non eccessive i raggi X distruggono il tessuto germinativo, ma rispettano quello interstiziale. Com'è noto, anche i raggi X sono stati applicati per la sterilizzazione dei delinquenti e dei tarati: essi si dimostrano in grado di sopprimere la *potentia generandi*, senza ledere quella *coeundi*.

Nella donna, l'operazione che corrisponde alla resezione e alla legatura dei vasi deferenti, praticata sulle tube, è molto più grave che nell'uomo. Non resterebbe che applicare i raggi X penetranti, ciò che viene già fatto per la cura delle metrorragie, dei fibromiomi, ecc., senza però che abbiano a registrarsi risultati straordinari nei riguardi del ringiovanimento... Del resto l'applicazione dei raggi X è ancora allo studio.

Conviene considerare che i benefizi conseguiti dall'individuo, mercè gli interventi suggeriti da Steinach, vanno a scapito della specie, poichè la facoltà riproduttiva rimane perduta: perciò conviene andar cauti per questa via.

Le indicazioni all'intervento sarebbero date in specie dalla senilità precoce; in secondo luogo dalla senilità fisiologica non troppo avanzata, in cui esista ancora la possibilità di una reazione da parte della glandola endocrina ed in cui siano da escludere malattie organiche gravi, inguaribili. Nei giovani converrebbe limitarsi ad un intervento unilaterale, per non annientare la facoltà riproduttrice.

***

È probabile che questo nuovo campo di ricerche offra qualche interesse effettivo.

L'*American Medicine* afferma addirittura che se ne parla come di una delle più importanti scoperte dei nostri tempi!

Naturalmente il mondo dei vecchi è stato messo a rumore; ma lo Steinach ha decisamente scoraggiate le speranze folli.

Egli ha ora esposto ed illustrato le sue esperienze e le sue concezioni in un volume dal titolo fiammante «Ringiovanimento», che fa riscontro a quello del Voronoff. Ci riserviamo di leggerlo ed eventualmente di commentarlo quando ci sarà pervenuto.

Sarebbe desiderabile che in Italia, ove già molto si era fatto in questo campo, le ricerche fossero alacremente riprese, così a scopi scientifici, come nell'eventualità di qualche applicazione pratica. Lo scetticismo, troppo naturale, non deve indurre al disinteresse.

L. VERNEY.

INDICAZIONI BIBLIOGRAFICHE.

STEINACH. *Verjüngung durch experimentelle Neubildung der alternden Pubertätsdrüse.* Berlino, 1920, Julius Springer, editore.

LICHTENSTERN. *Berliner Klin. Wochens.*, 18 ottobre 1920.

MÜHSAM. *Deutsche Mediz. Wochens.*, 22 luglio 1920.

VORONOFF. *Vivre. Étude des moyens de relever l'énergie vitale et de prolonger la vie.* Parigi, 1920. Bernard Grasset, editore.

DEJACE. *Les greffes testiculaires.* Le Scalpel, 25 settembre 1920.

The Journal of the Americ. Med. Assoc., 11 settembre 1920. (Corrispondenza da Berlino).

American Medicine, agosto 1920. (Editorial).

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

FRANCHINI F. e PALMIERI G. G. *Localizzazione di proiettile nel miocardio col metodo radioplastico.* — Bologna, 1920.

CUZZI A. *La radioterapia profonda in ginecologia.* — Milano, 1920.

ARMENGAUD. *Les indications thérapeutiques des eaux de Cauterets.* (2e éd.). — Paris, A. Maloine & fils, 1920.

CHABÁS J. *La declaración obligatoria de la tuberculosis.* — Valencia, 1920.

PETROSELLI FILIPPO. *Sul tipo respiratorio della donna durante la cloronarcosi.* — Milano, 1920.

DE PASCALIS FRANCESCO. *Considerazioni cliniche su cinque casi di ani vulvari.* — Lecce, 1920.

BRANCATI A. *Influenza estiva o febbre da pappataci.* (Conferenza). — Siracusa, 1919.

FASANI VOLARELLI F. *Ricerche sperimentali sulle modificazioni isto-patologiche della mucosa metrale prodotte da iniezioni di argirina.* — Siena, 1920.

SAMAJA NINO. *Sordità unilaterale da morbo di Mikulicz pseudoleucemico.* — Bologna, 1920.

DE LISI LIONELLO e FOSCARINI EZIO. *Psiconevrosi di guerra e piccole cause emotive.* — Pesaro, 1920.

CORINALDESI SILVIO. *Sull'azione terapeutica del latte e delle sostanze proteiniche introdotte per via paraenterica.* — Napoli, 1920.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA.

Tubercolosi nei sifilitici.

Dopo una breve rassegna storica delle teorie intorno a questo argomento, Olivera (*Anales Depart. Nacional de Higiene,* 4 ag. 1919), seguendo principalmente gli studi del Sergent, tratta della diagnosi differenziale per le due affezioni e specialmente della tubercolosi e del terreno sifilitico acquisito od ereditario, avendo di mira la prognosi e la cura.

Accenna alla specificità delle due infezioni, alla sifilide nello stadio iniziale e nel periodo secondario come fattore poderoso indiretto di predisposizione alla tubercolosi, alla ricettività morbosa degli eredo-luetici, alla infezione mista intesa non in senso assoluto.

Quanto poi alla tubercolosi e alla sifilide in forme associate nel polmone, l'Autore distingue due varietà principali:

1° Sifilide polmonale nei tubercolosi;

2° Tubercolosi polmonale nei sifilitici.

All'inizio dell'infezione luetica la tubercolosi assume un andamento rapido: nel periodo secondario della lues produce intensa crescente prostrazione, anemia, tosse. Trattata opportunamente può arrestarsi nella sua evoluzione. Nel periodo terziario la comparsa della tubercolosi è più frequente: riveste la forma fibrosa, torpida, apiretica: esistono quasi sempre alterazioni pupillari, aortiti, che guidano ad istituire un trattamento appropriato.

L'infezione luetica compromette gravemente la resistenza organica di un tubercoloso: l'Autore richiama l'attenzione sul terreno, sul quale la sifilide agisce, sul grado delle alterazioni tubercolari e sull'opportunità della cura specifica.

Meningite tubercolare seguita da guarigione.

H. Barber (*British med. Journ.*, 1° maggio 1920) riferisce il caso di una donna di 37 anni, operata 12 anni prima per tubercolosi renale, e ricoverata all'ospedale con febbre elevata, cefalea, rigidità nella nuca e degli arti, Kernig presente, assopimento e talora inquietudine. La febbre si mantenne abbastanza elevata per 13 settimane, con tipo remittente od intermittente, pulsazioni meno di 100, irregolari: alla nona settimana estremo grado di prostrazione, coma, delirio. Alla quarta settimana venne praticata la puntura lombare (*riscontrandosi reperto positivo dei bacilli tubercolari*) e ripetuta altre tre volte.

Verso la 13ª settimana la temperatura incominciò a scendere e raggiunse la norma, sulla 14ª, mentre si iniziava la convalescenza, lenta, ma continua. Alla 19ª settimana la paziente si trovava a dieta completa, alla 28ª aveva guadagnato quasi 8 kg. di peso ed alla 38ª lasciava l'ospedale in perfetto stato di salute. Le condizioni mentali erano normali, non vi era perdita di memoria, nè cefalea: occhi normali, gli arti non mostravano nè rigidità, nè aumento di riflessi. Tre mesi dopo essa poteva accudire alle faccende domestiche in perfetta efficienza.

In certi periodi lo stato della paziente era stato ritenuto disperato; qualche miglioramento nei sintomi era stato ottenuto con la puntura lombare, a cui l'A. consiglia di ricorrere sistematicamente. Nessuna altra cura era stata fatta, tranne qualche iniezione di morfina, per sedare il delirio.

fil.

La cura della disfagia nella tubercolosi laringea.

Lo specialista ed il pratico debbono per tale sintoma, che domina tutto il quadro della tubercolosi laringea, avere una serie di formule o processi a loro disposizione in quanto l'effetto di ciascuno di essi per lo più è transitorio.

De Parrel (*Journal des Praticiens,* n. 37, 1920) li raduna nei sette gruppi seguenti:

1° *Inalazioni secche* di polveri cui siasi aggiunta della gomma arabica per farle aderire ai tessuti:

Morfina cloridrata	ctg. 8
Cocaina cloridrata	ctg. 4
Gomma arabica	gr. 5

ovvero:

Ortoformio Diiodoformio Gomma arabica	ana gr. 5

2° *Polverizzazioni*:

Mentolo	gr. 1.75
Tintura d'eucalyptus	gr. 10
Alcool a 90°	c.c. 150
Acqua distillata	c.c. 300

ovvero:

Cloridrato di cocaina Cloridrato di morfina	ana ctg. 50
Cloridrato di adrenalina al millesimo	gr. 3
Glicerina pura Acqua di lauro ceraso	ana gr. 50
Acqua	gr. 400

ovvero:

Cloridrato di morfina	ctg. 40
Antipirina	gr. 3
Acqua	gr. 100

Metterne un cucchiaino in un polverizzatore: queste polverizzazioni hanno l'inconveniente di essere tossiche, di portare all'anoressia e di avere un'azione passeggera.

3° *Medicazione locale* con l'aiuto di un batuffolo di cotone intriso di una preparazione cocainata o mentolata:

Cloridrato di cocaina	gr. 1
Alcool	gr. 2
Acqua	gr. 10

ovvero:

Olio mentolato forte a 1/10
aggiungi gomma arabica.

4° *Stasi alla Bier* con la compressione delle giugulari: tale processo dà risultati incostanti e riesce fastidioso e doloroso al malato.

5° *Anestesia regionale con una iniezione di cocaina* a livello del punto ove il laringeo superiore perfora la membrana tiroioidea, ossia all'unione del terzo inferiore con i due terzi superiori di questa membrana, ad 8 mm. all'indietro del grande corno dell'osso ioide: l'ago è affondato per cm. 1.5 circa e se è toccato il nervo il malato accusa vivo dolore all'orecchio ed alla gola; allora si inietta un c.c. di una soluzione all'uno per cento.

La durata dell'analgesia varia da una mezz'ora a 4 giorni.

6° *Distruzione del nervo laringeo con l'alcool*: la tecnica è la stessa del metodo precedente; può bastare l' alcool ad 80° leggermente cocainato. Se ne iniettano 1-2 c.c.

Questo processo ha al suo attivo numerosi successi e merita di esser diffuso.

7° *Nevrotomia del laringeo superiore.*

Metodi da non usare:

1° *Le cure solforose;*

2° *Il soggiorno sulle rive del mare;*

3° *Le ripetute causticazioni con agenti chimici.*

MONTELEONE.

Contributo alla patologia e clinica dell'infezione paratifica.

L'A. R. Bauer, *Wien. Klin. Wochenschrift*, n. 27, 1920), riferisce di un uomo di 33 anni, venuto a morte dopo un lungo periodo di malattia, che dai sintomi clinici e dal reperto anatomo-patologico si può ricostruire così: L'individuo era da tempo affetto da dissenteria latente, provocata da un ceppo dissenterico atossico (ulcere tipiche nel crasso, agglutinazione). Le ulcerazioni dissenteriche dell'intestino costituirono probabilmente la via d'entrata per dei germi che provocarono una malattia acuta a tipo setticemico. Dal sangue si isolarono questi germi che si dimostrarono essere il bacillo del paratifo e lo *streptococcus viridans* (quest''ultimo probabilmente per affezione secondaria). In breve si sviluppò nell'ammalato una infiammazione delle vie biliari, probabilmente in seguito all'eliminazione dei bacilli paratifici per la bile. Preesistevano dei calcoli nella cistifellea ed uno di essi si incuneò, provocando la comparsa di ittero fin dall'inizio dell'infezione acuta, nel coledoco, dove fu trovato all'autopsia. Si susseguirono la colangite suppurata, la pericolangite suppurata, la necrosi del tessuto epatico vicino, la periepatite. Improvvisamente scomparvero l'ittero e i fenomeni generali, essendosi formata una fistola in seguito a perforazione della cistifellea, aderente al duodeno. L'infezione generale o locale da paratifo, durata 5 settimane, prostrò talmente le forze del malato da provocare un risveglio del processo dissenterico latente, che sotto il quadro clinico di diarree ribelli ad ogni terapia portò a morte il malato nel corso di 6 settimane. All'acme della malattia il paziente presentò galattosuria alimentare intensa (4-6 gr. su 40 grammi) e glicosuria (fino a 1.6 %); la galattosuria si ridusse a valori insignificanti (1-18 gr.) e la glicosuria scomparve dopo scomparsi l'ittero e la febbre.

L'A. attribuisce galattosuria e glicosuria all'effetto combinato dei due fattori: intossicazione del fegato e stasi biliare. In contrasto con la glicosuria e col reperto necroscopico di un'atrofia incipiente del pancreas, la prova adrenalinica di Löwi (midriasi, quando in inera tanto diminuita da non poter produrre il *dilatator pupillae* coll'istillazione sulla congiuntiva di una goccia di adrenalina) riuscì negativa. Ciò si può spiegare ammettendo che o la lesione del pancreas era di troppo poca entità, oppure che l'eccitabilità del simpatico era tanto diminuita da non poter produrre il riflesso. (All'autopsia si constatò atrofia delle capsule surrenali).

POL.

Nevriti e radicoliti della febbre tifoide.

J. Euzière e J. Margarot. (*La Presse Médicale*, 17 gennaio 1920) distinguono *forme sensitive* e *sensitivo-motrici.*

1° Le *forme sensitive*, le più rare, sono rappresentate da iperestesie dolorose, per solito tardive, specialmente a carico delle estremità degli arti, in particolar modo degli alluci, e dalle nevralgie e anestesie dolorose (meralgia paretica).

2° Le *forme sensitivo-motrici* possono essere *diffuse* o *localizzate*. Le prime colpiscono specialmente gli arti inferiori durante la conva-

lescenza, si accompagnano a impotenza funzionale con abolizione dei riflessi rotulei, achillei e plantari e a modificazioni elettriche. Abitualmente l'esito è la guarigione. Gli AA. collegano questi fenomeni a processi di radicolite per la frequente distribuzione radicolare e per l'abituale bilateralità dei disturbi.

Le forme sensitivo-motrici localizzate al territorio motore o sensitivo d'un nervo periferico sono più semplici. Colpiscono specialmente il cubitale e lo sciatico popliteo esterno.

Gli AA. attribuiscono tutte queste forme al bacillo del tifo e alle sue tossine.

CESETTI.

Il trattamento della malaria.

L'esperienza fatta per lungo tempo nell'Africa orientale porta W. S. Dawson (*British med. Journal*, 1° maggio 1920) alle conclusioni seguenti:

1° Ogni ammalato ha le sue particolarità e quindi la cura deve essere nettamente individuale;

2° Salvo il caso di vomiti incoercibili, e nelle complicazioni cerebrali, l'A. ritiene che il chinino debba somministrarsi soltanto per bocca, e che le iniezioni sottocutanee od endomuscolari siano sempre controindicate; negli stadi acuti sono invece utili i clisteri alti, e le iniezioni endovenose. La *sterilisatio magna* è una pura illusione.

3° Dare all'inizio un purgante (calomelano o blu di metilene) ed al più presto il chinino (cloridrato) a dosi di 60 cgr. ogni tre ore, fino ad un massimo di g. 2.70; si deve raggiungere lo scopo di ottenere il ronzio degli orecchi. Le dosi eroiche (g. 1,20-1,80) non sono più efficaci ed hanno l'inconveniente di provocare il vomito; è molto dubbio se possono assorbirsi più di 60 cg. in 2-3 ore. Il paziente deve bère molta acqua, limonate, ecc., ma non deve prendere cibo durante l'accesso e per diverse ore dopo la defervescenza.

Di solito, tale trattamento è sufficiente: in presenza di splenomegalia dolorosa, ciò che è spesso causa di vomito, l'A. raccomanda l'applicazione di *plaster* sulla regione ed il decubito sul lato sinistro.

Le maggiori difficoltà si incontrano nei casi cronici, nei quali si deve sopratutto mirare ad ottenere un aumento di resistenza dell'organismo del paziente; secondo le osservazioni dell'A. anche il chinino fallisce se il paziente rimane nell'ambiente infetto, mentre esso tende a migliorare anche senza medicine, in un ambiente salubre. È inutile, durante le tregue, continuare a somministrare chinino, in qualsiasi dose, sia terapeutica, sia profilattica, poichè è probabile o che i plasmodi diventino, col tempo, chinino-resistenti, o che il medicamento, per la sua azione irritante sia meno facilmente assorbito nell'intestino. È importante, nei casi cronici, il trattamento intensivo e precoce delle ricadute.

4° L'arsenico è utile nella convalescenza e dopo lo stadio acuto della febbre emoglobinurica, in cui sembrano vantaggiose le iniezioni di 914 (una o due); l'antimonio non ha alcuna utilità per la cura;

L'esame microscopico non va limitato ad un solo preparato, ma ripetuto frequentemente nel decorso di un attacco regolando su di esso la cura.

fil.

Recidive di malaria e luce solare.

Se ne occupa F. Leuz (*Münchn. Med. Wochenschr.*, n. 24, 1920). L'ascensione primaverile della curva malarica è in special modo conseguenza dell'alta temperatura esterna e della luce solare, che provocano una moltiplicazione dei parassiti. V. Draga, provocando in antichi malarici un'ipertermia per mezzo di iniezioni di latte, vide manifestarsi dopo 10-14 giorni una recidiva di malaria. Beinhard ha ottenuto lo stesso risultato mediante irradiazioni con luce solare artificiale (usando specialmente raggi ultra-violetti). Più che il calore influirebbe la luce solare sulla determinazione delle recidive. I gametociti malarici reagiscono con la moltiplicazione all'irradiazione solare; ciò rappresenta un fenomeno di adattamento dei plasmodi, all'epoca del volo degli anofeli.

POL.

Casi di malaria senza tumore di milza.

R. Offenbacher. (*Berl. Klin. Wochenschrift*, n. 21, 1920), riferisce due casi di malaria, nei quali nè con la palpazione, nè con la percussione, fu possibile dimostrare un ingrossamento della milza. In tutti e due i casi si riscontrarono nel sangue i parassiti della terzana; la malaria aveva durato due mesi. L'assenza del tumore di milza rende molto difficile la diagnosi, specie nei casi a decorso atipico.

POL.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1214) *Contagiosità dell'uretrite blenorragica in rapporto al matrimonio.* — All'abb. numero 11180:

La contagiosità di un'uretrite può essere dimostrata in modo sicuro solo mediante l'esame microscopico dell'essudato uretrale raccolto direttamente e dei filamenti emessi con le orine.

La presenza di cellule di pus depone per la contagiosità del processo anche quando non si riscontrano gonococchi.

Di regola, se non vi è essudato nell'uretra anteriore (goccia visibile al meato, oppure raccolta comprimendo l'asta dall'indietro in avanti) e le prime orine contengono filamenti, questi derivano dall'uretra posteriore o dalla prostata (filamenti ad uncinetto).

Quando i filamenti non contengono pus nè gonococchi e si voglia essere ben sicuri che la fase contagiosa del processo sia terminata, si può ricorrere alle così dette istillazioni provocatrici di nitrato di argento, le quali sogliono in generale mettere in evidenza il gonococco se ancora esiste.

Occorre infine esaminare il materiale emesso dalla prostata dopo conveniente massaggio di questa per accertarsi che non contenga gonococchi o cellule di pus.

V. MONTESANO.

(1215) *Prova dei tre bicchieri.* — All'abbonato n. 12051:

Si preferisce fare la prova dei tre bicchieri al mattino, oppure dopo molte ore da che l'infermo non ha orinato, allo scopo di avere a disposizione per i relativi esami una notevole quantità di orine e di conseguenza una maggiore quantità di essudato eventualmente sulla mucosa uretrale durante il periodo di riposo.

È chiaro che se nell'uretrite posteriore l'essudato non è abbondante, la prima urina lo trascina seco completamente e le urine emesse di poi sono prive di filamenti. Quando invece esso è in grande quantità, una parte può talvolta riversarsi in vescica e venire emesso con le ultime porzioni di urine.

Così pure con le ultime orine si può emettere del materiale prostatico, spremuto dalla prostata con le contrazioni finali, allo stesso modo con cui il materiale stesso può venir fuori durante gli sforzi della defecazione.

I filamenti a forma di uncinetto, di virgola, ecc., sono in generale di origine prostatica.

V. MONTESANO.

(1216) Al dott. G. d. P., Salerno:

1° *Caduta dei capelli.* — Nella febbre di Malta, nei paratifi a decorso prolungato o piuttosto gravi, si può avere, come nel tifo, la caduta dei capelli. Eccezionalmente si arriva alla calvizie completa: d'ordinario, anche nei casi nei quali il fenomeno giunge ad estremi limiti, i capelli tornano quasi completamente nello spazio di pochi mesi.

2° *Infezioni del tipo tifoso e gastroenteriti determinate da bact. coli.* — Se il bact. coli, per sè, possa essere causa di infezioni tifosimili non è ancora chiarito neppure dalla moderna letteratura. Tutta la casistica pubblicata sull'argomento si presta a facili critiche e a forte sospetto. Basterà ricordare le varietà di germi che stanno tra il tifo e il coli, descritte dai varî ricercatori, per concludere, che in casi particolari, neppure il dato bacteriologico è suggello sufficiente a conclusioni decise.

Più difficile il quesito se il *bact. coli* può essere per sè la causa di *gastroenteriti acute febbrili* o non.

Esso è l'ospite abituale dell'intestino, e non è germe capace di provocare la formazione di agglutinine, utlizzabili nella diagnostica clinica; si spuntano quindi le armi più potenti di ricerca, e la questione rimane per necessità insoluta.

Nella monografia di Schottmüller sul tifo addominale e sui paratifi troverà indicazioni bibliografiche. *t. p.*

(1217). *Trattati di microscopia e bacteriologia.* — Al dott. F. C., abbon. 10959:

Non conosco un unico manuale che risponda ai requisiti da lei voluti.

Consigliamo — come manuali di bacteriologia: De Blasi (nel *Manuale dell'Igienista* del Celli), Abel-Insinna (edit. Reber, Palermo), il Dopter (edito da Baillière), il Besson (edito da Baillière), oppure Muir e Ritchie (*Manual of Bacteriology*, edito da Frowde, Hodder e Stoughton, Londra).

Tavole utili e indicazioni brevi troverà nel *Le laboratoire du praticien* di P. Gastoux (Poinat ed., Parigi); come Manuale di tecnica istologica è ottimo quello dello Schmorl (trad. Alonzo), edito dall'Unione Tipografica Editrice Torinese.

Per le urine consigliamo il Reale, e l'atlante di Rieder, editi da Vallardi.

Il Daddi e il Silvestrini in breve contengono quanto di laboratorio può essere utile al medico pratico. *t. p.*

CENNI BIBLIOGRAFICI

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

S. CITELLI: *Trattato di oto-rino-laringoiatria. Semeiologia e diagnostica, patologia e terapia.* — Torino, Unione Tip. Ed. Torinese, 1920, un volume di pag. XVI-893, con figure e 4 tavole a colori. — L. 60.

L'A. ebbe lo scopo di concentrare in un volume di mole modesta — che fa parte della nuova collezione di manuali di medicina — le conoscenze di clinica e di patologia veramente importanti, è di tenersi all'altezza del meraviglioso sviluppo raggiunto dalla scienza e dalla pratica dell'oto-rino-laringoiatria. Ne è derivato un trattato di clinica associata alla patologia con impronta fors'anco troppo personale, con assoluta esclusione di tutto ciò che è superfluo e ingombrante.

Nel denso volume sono svolte la semeiologia, la clinica, la patologia e la parte operativa, unite a richiami di anatomia e fisiologia atti a facilitare la comprensione; non mancano capitoli nuovi, come quello sui rapporti tra rinologia e sistema ipofisario, nè difettano opportuni consigli circa gli strumenti da preferirsi. *x.*

R. LEIDLER: *Ohrenheilkunde für den Praktischen Arzt.* — Berlin-Wien, Urban und Schwarzenberg, 1920, 1 vol. in-8, di pag. 278, con figure.

Piccolo manuale dedicato esclusivamente alle malattie dell'orecchio, scritto con senso di praticità, utile e semplice.

L'A., che appartiene alla ottima scuola di Vienna, direta dall'Alexander, ha superato con opportuna cura le difficoltà di una esposizione succinta di complessi argomenti, come quelli che concernono la fisiopatologia dell'orecchio interno. Quale primo avviamento all'otologia può dirsi un manualetto completo.

G. BILANCIONI.

P. J. MINK: *Physiologie der Obern Luftwege.* — Leipzig, Vogel, 1920, un vol. in-8, di pagine 150 con figure.

Anche nei trattati più moderni e completi di fisiologia umana viene trascurata l'esposizione del capitolo relativo alle prime vie respiratorie; così che si giunge di solito allo studio della patologia del naso e della faringe impreparati.

Ovvia a questo inconveniente questo libretto, che si legge col massimo interesse, tanti sono i dati importanti in esso raccolti.

Specialmente notevoli i capitoli sui riflessi nasali (così, ad esempio, il paragrafo sull'influenza dell'olfattorio sulla respirazione, degli stimoli sulla pituitaria e il loro ripercuotersi sul cuore e sui vasi, ecc.), sulla secrezione del naso, sulla laringe e gli organi della respirazione.

G. BILANCIONI.

G. KILLIAN: *Die Schwebelaryngoskopie und ihre praktische Verwertung.* — Berlin-Wien, Urban und Schwarzenberg, 1920, un vol. di pag. 77, con fig. e tavole a colori.

Da molti anni i laringoiatri si erano rivolti a risolvere il problema della *autoscopia*, cioè della visione diretta della cavità laringea, per avervi facile adito specie durante gli atti operativi.

Lo specchio del Garcia, semplice e meraviglioso, non bastava più alle nuove esigenze della chirurgia intralaringea. Il Killian, dopo una serie di tentativi suoi e di altri, è riuscito a risolvere felicemente un tal cómpito mediante la *laringoscopia in sospensione*, ora da lui perfezionata nello strumentario e nella tecnica. Mediante questo ingegnoso metodo si può lavorare con tranquillità e sicurezza nella cavità laringea, come il ginecologo opera in un cavo uterino.

La monografia a cui accenniamo reca appunto gli ultimi progressi del metodo; il sussidio di numerose figure in nero e a colori aggiunge chiarezza al lavoro.

G. B.

R. CRUCHET e R. MOULINIER: *Le mal des aviateurs, ses causes et ses remèdes.* — Paris, Baillière, 1920, pag. 96.

Dal 1911 Cruchet e Moulinier fecero notare che i fenomeni del male degli aviatori, considerati nella loro forma abituale e attenuata, sono dei fenomeni fisiologici, non hanno nulla di morboso. Il provarli, quando si vola ad alta quota, non depone per una tara fisica o per una diminuzione della personalità psichica; la loro osservazione da parte di chi li sente attesta anzi una viva intelligenza, una grande perspicacia d'impressioni, una giusta conoscenza di sè. Non tutti sono capaci di percepirli, e poichè non esistono che raramente tutti insieme nello stesso individuo, si comprende come possano passare inosservati a un rapido esame.

Gli AA. si indugiano sulla tensione arteriosa, fenomeno capitale da studiare in questi piloti; in essa si può trovare una delle cause principali del male dell'aviatore. Altre sono date dalla fatica, dal freddo, dallo sforzo mentale, dall'emozione, da lesioni oto-rino-faringee, dalla velocità e dal vento, dalla insufficienza renale, dai disturbi digestivi, dalla astenia cardiaca.

In un ultimo capitolo si parla dell'igiene dell'aviatore e delle controindicazioni al volo.

G. B.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Del Sindacato medico.

Da Napoli, da Firenze, da Bologna giungono circolari annunzianti la costituzione di sezioni di quel Sindacato medico, la cui necessità fu affermata nel Congresso Federale degli Ordini dei Medici nel maggio 1919. L'idea per maturarsi ha dovuto essere incubata oltre un anno, ma la lentezza della incubazione pare non garantisca un organismo vivo e vitale. Prima ancora della costituzione del Sindacato si manifestano lotte e tendenze, che non depongono per uno spirito di disciplina degli stessi iniziatori e per una esatta coscienza di quelli che dovrebbero essere gli scopi dell'organizzazione.

La lettera circolare partita da Firenze, a firma del dottor Fatichi, è uno squillo di battaglia contro il bolscevismo.

Quella di Bologna costituisce una adesione decisa ai programmi ed alle finalità del partito estremo, tanto che il costituendo Sindacato Emiliano Medico ha fatto senz'altro adesione alla Camera Confederale del Lavoro.

I colleghi di Napoli dichiarano invece di volersi mantenere lontani da ogni ingerenza politica, fino a quando non vi siano costretti dagli eventi.

Tre costituzioni adunque di Sezione, tre direttive diverse.

Tali disformità, anzi contrasti di metodi, di programmi e di indirizzi non si confanno all'idea del Sindacato, e non gli conferiscono omogeneità ed efficienza.

Se le Sezioni che successivamente si andranno costituendo elaboreranno un proprio manifeso politico, la Babèle sarà perfetta ed il Sindacato Medico non sarà mai.

E tanto meno sarà se le singole Sezioni si riterranno arbitre di associarsi ad altre istituzioni locali sia politiche che economiche.

Il Comitato esecutivo provvisorio del costituendo Sindacato Emiliano Medico, come si è detto, si è aggregato alla Camera del Lavoro di Bologna, nei cui locali ha fissata la sua sede.

L'adesione è chiara ed esplicita, senza riserve e senza sottintesi. Nella lettera circolare è scritto: « Vogliamo partecipare cogli operai alle battaglie del lavoro ed accettiamo fin da ora tutte le possibili conseguenze di questa nostra attitudine ».

La portata di questa dichiarazione è troppo notevole perchè non debba essere discussa.

Qualcuno ha insinuato che questo atteggiamento di subordinazione dei medici alle organizzazioni operaie sia l'effetto di una preoccupazione e di una paura. Credendo alla imminenza della rivoluzione con la conseguente dittatura proletaria, i medici vorrebbero essere a posto ingraziandosi il nuovo padrone. Ciò è troppo vile perchè sia possibile.

E ripugna credere ad una specie di aberrazione, di masochismo morale per cui elementi umanamente più evoluti soggiacciono volontariamente alle stranezze ed alle violenze di elementi più bassi.

Certo riesce poco comprensibile che una Sezione di un Sindacato di lavoratori intellettuali faccia adesione ad una Camera del Lavoro, quando altri Sindacati operai, i ferrovieri ed i lavoratori del mare, tengono alla loro indipendenza e non hanno mai voluto aderire alla Confederazione Generale del Lavoro.

Più plausibile sarebbe la ipotesi che i colleghi di Bologna abbiano avuta l'intenzione di entrare nelle Organizzazioni operaie per fare opera di moderazione e di persuasione. La mossa sarebbe abile, se non fosse prematura. Gli operai diffidano ancora degli elementi intellettuali, che essi identificano ancora con la borghesia. Per il momento essi si sentono ancora troppo forti, sono ancora troppo infatuati per cedere a chicchessia la direzione del loro movimento.

Allo stato dei fatti a noi non resta che costituire il Sindacato Medico senza pregiudiziali, senza adesioni preventive. Le Sezioni devono essere costituite con un criterio unico, con un programma unico. Dopo avere costituito questo organismo, che sarà tanto più potente quanto più sarà concorde e disciplinato, si deciderà dell'orientamento che esso dovrà prendere. La nostra concordia e la nostra disciplina non sarà uniformità o rinunzia di idee e di principî, ma solo adesione temporanea alle direttive ed ai sistemi indicati dalla maggioranza. Questa concordia e questa disciplina ci saranno certamente più confalienti e meno gravi della subordinazione e della soggezione da altre associazioni di elementi, la cui elevazione è nel desiderio di tutti i medici, ma che sono ancora lontani da noi per cultura e per educazione.

Pangloss.

Cronaca del movimento professionale.

Comitato per la Federazione Italiana fra Medici infortunisti.

Da parecchi Sanitari di varie regioni è partita l'idea di raccogliere i Medici infortunisti in una Federazione che tuteli gli interessi morali e materiali, individuali e collettivi, dei suoi soci. Un Comitato sorto a Torino, ha raccolto questa idea e preso l'iniziativa di costituire delle Sezioni regionali che si uniscano in una Federazione Nazionale.

In una circolare diramata dal Comitato si accenna ai seguenti scopi della Federazione:

a) alla necessità di preparare un contratto d'impiego che assicuri al Medico una retribuzione decorosa per le sue prestazioni, che regoli le norme della sua assunzione e del suo licenziamento, che fissi l'orario del suo lavoro ed un periodo di ferie;

b) al bisogno di creare un elenco di infortunisti scelti con particolari criteri di competenza, di dignità professionale e tecnica, ai quali dovrebbero essere affidati gl'incarichi peritali in materia d'infortunistica;

c) al legittimo desiderio che la voce dei Medici infortunisti intervenga nella discussione e redazione delle misure legislative che riguardano gl'infortuni;

d) all'opportunità che i Medici infortunisti vengano tenuti al corrente del movimento scientifico che concerne l'infortunistica possibilmente mediante una loro pubblicazione o con quegli altri mezzi che si riterranno più idonei.

Appena ultimate le pratiche che si stanno svolgendo con Medici infortunisti di altre città per la fondazione di Sezioni regionali, sarà convocata l'Assemblea degli aderenti, per la discussione ed approvazione dello Statuto.

Le adesioni, accompagnate da una tassa provvisoria d'iscrizione di lire *cinque*, dovranno essere inviate all'indirizzo: *Federazione fra Medici Infortunisti presso l'Ordine dei Medici - Via dei Mille, 16 - Torino.*

La Società di M. S. fra medici-chirurghi di Lombardia.

Il presidente della suddetta Società, dott. Rusconi, ha diramata la seguente circolare, che riproduciamo a titolo d'incitamento e di esempio alla classe medica italiana:

«Credo di fare opera buona e socialmente utile richiamando l'attenzione dei colleghi sanitari su una Società che ha il torto di non essere conosciuta quanto dovrebbe, e quindi non apprezzata quanto meriterebbe. È la Società di Mutuo Soccorso fra i Medici e Chirurghi di Lombardia, avente sede in Milano, Foro Bonaparte, 61. Essa, costituita da quasi ottant'anni, ha per iscopo, con un tenuissimo contributo annuale del sanitario iscritto, di accordare sussidi al socio, alla vedova ed agli orfani minorenni, quando si trovino in condizioni disagiate: e infatti ogni anno, su poco più di un centinaio di soci che essa conta, distribuisce L. 10.000 di sussidi, e ciò può fare grazie al suo ingente capitale, che ammonta a quasi mezzo milione.

«Aggiungasi che un ramo da non molto costituito della Società, pure con tenue contributo non superante le L. 30, accorda una diaria di malattia di L. 5 al giorno al socio che si rendesse inabile al lavoro, e fino a 120 diarie all'anno. Aumentando il contributo, proporzionalmente aumenta la diaria. Infine la Società dispone di un fondo per borse di studio a favore dei figli dei medici e soci, di L. 730 cadauna, e di un capitale accantonato che presto avrà un'altra destinazione di previdenza.

«Con tutto questo la Società è poco conosciuta, ed oggidì raccoglie pochi soci. Possibile che i sanitari non sentano quale interesse abbiano a partecipare alla detta forma di previdenza?».

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8507) *Apertura di farmacia.* — Dott. A. B. da M. — Per poter aprire la farmacia cooperativa occorre che il sodalizio che la istituisce sia eretto in ente morale. Non si deve, poi, sorpassare il numero delle farmacie spettanti al Comune.

(8508) *Stabilità.* — Dott. V. L. da B. M. — Nel calcolare il biennio occorrente per lo acquisto della stabilità si tien conto del periodo di interinato precedente al concorso. In tal senso si è pronunziata più volte ed in modo non equivoco la giurisprudenza del Consiglio di Stato. Ella compirà il biennio il 15 luglio 1921 ma non potrà essere disdettato oltre il 15 aprile 1921.

(8510) *Licenziamento di un interino.* — Dott. A. P. da L. — Pel licenziamento di un medico interino non sono prestabiliti termini. Bisognerà aver riguardo a quanto è stato all'uopo stabilito nell'atto di assunzione in servizio.

(8511) *Ambulatorii medico-chirurgici - Consigliere comunale - Medico condotto.* — Dottore F. N. da P. — Per mettere in esercizio un istituto di cura medico-chirurgica a pagamento o gratuito bisogna ottenere l'autorizzazione del Prefetto, sentito il Medico provinciale ed il Consiglio provinciale di Sanità. Contravvenendo a tale disposizione si incorre nella penale di lire 500.

Il Consigliere comunale non può essere nominato medico condotto.

(8513) *Pensioni.* — Dott. A. B. da C. — L'integramento della pensione deve avvenire quale che sia il numero degli anni di servizio prestati, purchè tali da maturare il diritto secondo il regolamento. Il periodo utile per la pensione comunale deve essere prestato integralmente alla dipendenza della amministrazione locale e non presso altri enti sia perchè in tal caso mancherebbe il versamento del complemento del contributo, sia perchè codesto Comune rimunererebbe il sanitario per un servizio non ad esso prestato. Il testo del capitolato non accenna del resto, nemmeno lontanamente, a tale possibilità.

Doctor JUSTITIA.

CONDOTTE E CONCORSI.

ROMA. *Ministero della Marina.* — È aperto il concorso per esame alla nomina di 20 tenenti medici in servizio attivo permanente.

Potranno prendere parte al concorso: 1° i tenenti e sottotenenti medici di complemento della R. Marina; 2° i tenenti e sottotenenti medici di complemento del R. Esercito; 3° i medici civili; questi ultimi non dovranno aver superato l'età di 30 anni alla data di chiusura del concorso.

L'esame avrà luogo in Roma il 1° dicembre del corrente anno e sarà sostenuto in base ai programmi approvati con decreto ministeriale 11 ottobre 1920.

Gli esaminandi saranno classificati distintamente, a seconda che provengano dagli ufficiali di complemento della R. Marina, da quelli del R. Esercito, oppure da medici civili. La nomina sarà conferita prima a tutti i medici di complemento della R. Marina riusciti idonei, poi a quelli di complemento del R. Esercito ed infine ai medici civili, restando sempre il numero complessivo nei limiti stabiliti dalla presente notificazione.

Lo stipendio iniziale è di L. 4800, computandosi in questo gli anni di studio in base all'art. 3 del R. decreto n. 2079, del 2 novembre 1919, cui deve aggiungersi l'indennità professionale in lire 1500 e l'indennità caro-viveri. Le competenze quindi dei tenenti medici, senza comprendervi il caro-viveri, saranno di L. 6300 e per quelli provenienti dagli ufficiali di complemento del R. Esercito e della R. Marina, sarà pure tenuto conto degli anni di servizio, prestati durante la guerra come ufficiali, per il conseguimento dell'aumento quadriennale di L. 800.

Considerando che nel quadro organico il ruolo dei capitani medici è di 105, mentre quello dei tenenti è di 30, si può fin d'ora presumere che i tenenti, i quali conseguiranno la nomina nel presente concorso, potranno, purchè idonei, ottenere la promozione a capitano dopo tre anni di grado.

Le domande d'ammissione saranno inviate fino a tutto il 15 novembre 1920 al Ministero della Marina (Ispettorato di Sanità).

Per l'ammissione al concorso l'aspirante farà pervenire al Ministero i documenti non oltre il 15 novembre 1920.

Copie delle istruzioni con programmi potranno essere richieste alle Direzioni degli Ospedali Principali Militari Marittimi (Spezia, Napoli, Venezia, Taranto, La Maddalena, Pola e Sebenico), ovvero all'Ispettorato di Sanità al Ministero della Marina.

CUPRAMONTANA (*Ancona*). — Chirurgo medico, direttore del Civico Ospedale; a tutto 25 novembre. La condotta è per i soli poveri. L. 13,000 lorde, oltre indennità caro-viveri e L. 1000 se uff. san. Per la cura degli abbienti si adotterà come tariffa massima delle visite la tariffa minima stabilita dall'O. d. M. con il ribasso del 50 %. Lire 2400 per rimborso spese cavalc.; resta in facoltà del Comune di provvedere direttamente il mezzo di trasporto. Servizio entro 30 giorni.

SPEZIA. — *Civico Ospedale Vittorio Emanuele II.* — A tutto il 20 novembre 1920 concorso per titoli ad Anatomo-Patologo; lorde L. 6000, con quattro aumenti quinquennali di L. 500. Chiedere copia avviso di concorso.

SAGLIANO MICCA (*Novara*). — Condotta; L. 4500 più L. 500 per uff. san. Scad. 10 novembre.

SAN MICHELE DEL QUARTO (*Venezia*). — Condotta; L. 6000. Indennità cavallo L. 1800; di uff. san. L. 400; di malaria L. 800; alloggio. Scad. 10 nov.

TERNI (*Perugia*). — Due condotte rurali; L. 6000 fino a 1500 poveri; addizionale e indennità cavalcatura. Scadenza 15 dicembre.

VALDAGNO (*Vicenza*). — A tutto 30 novembre due condotte; L. 6000 per residenza, oltre indennità di caro-vivere. Condotte libere. Indennità di lire 1000 per i primi 1000 poveri; per maggior numero L. 200 ogni 100 poveri. Indennità cavallo a autoveicolo L. 1800. A richiesta sarà inviato avviso di concorso.

VENEZIA. *Spedale Civile.* — Quattro aiuti nelle Divisioni Mediche I e III, nella Divisione Chirurgica e nella Divisione Dermosifilopatica; lire 4800 lorde. Titoli ed esami. Nomina e conferma biennali. Documenti al Protocollo dell'Ospedale non più tardi delle ore 17 del 30 novembre. Servizio quadriennale in ospedali, cliniche universitarie o condotte; laurea da 6 anni, salvo per gli assistenti effettivi nell'Ospedale Civile di Venezia. Chiedere l'annunzio alla Segreteria del Consiglio d'amministrazione.

Cercansi per ospedale militare di FIUME alcuni medici per servizio di assistenza medico-chirurgica. Stipendio L. 1000 nette mensili, oppure lire 750 più razione viveri ed alloggio. Indirizzare richieste, accompagnate da elenco di titoli, indicando data di laurea e l'eventuale grado avuto sotto le armi, alla Direzione Ospedale Militare: Reggenza Italiana del Carnaro - Fiume d'Italia.

Medico-chirurgo trentacinquenne, pratico condotta ospedali, assumerebbe interinato lungo Italia settentrionale, preferibilmente provincia Mantova o Verona. Scrivere: Arnaldo Pozzi, via Sistina n. 20 - Roma.

Medico straniero, laureato in Italia, con conoscenze di lingue, cerca interinato od occupazione adatta. Rivolgersi: Alatri, Roma, via Arco de' Ginnasi, n. 23.

Medico 11 anni laurea, buoni titoli ospedalieri e di servizi in condotte, cerca interinato, supplenza. -- Dott. Courrier, Supportico Lopez, 32, Napoli.

Medico con titoli, prevalentemente chirurgo, con dieci anni di pratica ospedaliera, cerca buon interinato in Comune possibilmente con Ospedale. Scrivere: Giacomo Panfili, Via S. Venanzio, 37 - Roma.

Diffide e boicottaggi.

Nuove diffide: Pausola e Tolentino (Macerata); Consorzio Crodo (Novara); Candelara (Pesaro); Crescentino (Novara).

Revoca di diffide: Ancona.

NOTIZIE DIVERSE.

Il XXVI Congresso nazionale di Medicina interna.

Il primo Congresso che la Società di Medicina interna tiene a Roma dopo la pace ha già assicurato il suo successo. Vi partecipano tutte quante le Scuole mediche italiane. Hanno aderito, oltre i più distinti medici interni italiani, numerosi colleghi delle provincie redente. S'inaugurerà, come abbiamo già annunziato, nei locali della R. Clinica medica di Roma il 9 novembre, alle 9.30, presenti le Autorità.

I lavori dureranno fino al giorno 12.

I temi all'ordine del giorno sono: Giuffrè e Frugoni, Asma bronchiale; Moreschi e Ferrata, Linfogranulomatosi ed una rivista critica di Sisto sulla Elettrocardiografia.

I congressiti, i quali devono acquistare prima del 5 novembre i biglietti speciali per Roma, sono autorizzati a viaggiare nei giorni successivi, mediante esibizione dello speciale documento che riproduciamo in fondo e che viene rilasciato dalla segreteria del Congresso.

Al Congresso possono prendere parte tutti i medici italiani (anche i non soci) iscrivendosi mediante invio della quota di L. 25 al segretario del Congresso, prof. G. Sabatini, R. Clinica Medica, Roma.

Le persone di famiglia dei congressisti che paghino la quota di L. 15 sono assimilate ai congressisti, nei riguardi delle riduzioni ferroviarie.

Per gli alloggi, coloro i quali non si sono prenotati direttamente presso alberghi, troveranno al loro arrivo alla stazione di Roma, presso l'ufficio istituito dal Comitato ordinatore, l'elenco delle camere disponibili, presso case private o pensioni. In tal modo tutti gli intervenuti hanno possibilità di trovare alloggio.

Coloro i quali non abbiano avuto tempo d'iscriversi possono farlo direttamente presso la segreteria la mattina stessa dell'inaugurazione del Congresso.

Le stesse disposizioni valgono per i Congressi nazionali di chirurgia o di ortopedia, che si tengono contemporaneamente a quello di medicina interna, nei locali della R. Clinica chirurgica e della R. Clinica ortopedica.

FERROVIE DELLO STATO
DIREZIONE GENERALE - SERVIZIO MOVIMENTO E TRAFFICO.

Il Sig. . . . . munito di tessera di riconoscimento quale partecipante ai " Congressi Nazionali di medicina interna, di chirurgia e di ortopedia " che saranno tenuti in Roma dall'8 al 14 novembre 1920, e di un biglietto speciale di andata-ritorno per Roma, di cui il punto N. 256 del Bollettino Commerciale N. 22 dell'8 settembre (Riunione automobilistica autunnale e convegno di bande musicali in Roma), acquistato prima del giorno 6 novembre, è autorizzato ad iniziare il viaggio di andata in giorno successivo a quello dell'acquisto.

La validità del biglietto rimane immutata e decorre dal giorno del rilascio risultante dal bollo della stazione di distribuzione.

Nel viaggio di andata la presente autorizzazione deve essere esibita al personale di controlleria unitamente al biglietto.

Roma, 28 ottobre 1920.

Il Capo del Servizio Movimento e Traffico

Il Congresso italiano di Ostetricia

venne inaugurato il 24 ottobre, nell'aula della Clinica Medica della R. Università di Pavia, presenti numerosi scienziati di tutte le parti d'Italia e i rappresentanti delle autorità.

Prese per primo la parola l'assessore all'igiene, dott. Boni, il quale recò ai Congressisti il saluto benaurugale della cittadinanza pavese, ricordando le gloriose tradizioni dell'Ateneo ticinese e in special modo della Clinica ostetrica, di cui ricorre e si festeggia il centenario.

Seguì il prof. Pestalozza, Presidente della Società Italiana di Ostetricia e di Ginecologia; egli salutò i convenuti ed i soci, ricordando con meste ed affettuose parole i compianti prof. Gamberini, prof. Cazzani e dott. Muggia.

Il sen. Mangiagalli, in rappresentanza del Ministro della P. I. e dell'Istituto Lombardo di Scienze e Lettere, nonchè degli Istituti Clinici di perfezionamento di Milano, dopo sincere parole di omaggio e d'augurio, rende conto dell'interessamento del Governo perchè la fusione della Facoltà Medica di Pavia con gli Istituti di perfezionamento milanesi possa presto dirsi un fatto compiuto, cosicchè ricevano novello incremento e vigore l'attività e l'efficacia di entrambe le istituzioni.

Il prof. Berzolari rese attestato di omaggio e di gratitudine ai valorosi docenti succedutisi sulla cattedra di ginecologia di Pavia.

Il rettore, prof. Monti, esaltò, quindi, il significato del Congresso.

Un dotto ed elaborato discorso fu pronunciato dal prof. Emilio Alfieri, titolare della cattedra. Egli ripercorse, con sapienti interpretazioni e con armonico svolgimento, tutto il corso della storia secolare dell'arte e delle scienze ginecologiche, dai periodi del loro empirismo primitivo a quelli del maggiore sviluppo metodico e sistematico. Trattandosi poi di commemorare il centenario glorioso della fondazione della Clinica ostetrica pavese, il prof. Alfieri si diffuse a studiarne il rapido incremento, analizzandone le ragioni e i fattori, fra i quali tiene il primo luogo l'opera di tanti illustri maestri, devoti non solo alla scienza, ma anche alla patria.

Il III Congresso italiano di Radiologia medica

è stato inaugurato il 28 ottobre nei locali del R. Istituto di radiologia ed elettrologia medica di Roma, con un discorso del prof. F. Ghilarducci ed uno del prof. V. Maragliano, alla presenza del sottosegretario di Stato alla P. I. on. Rossi, di altre autorità e di numerosi intervenuti.

Congresso internazionale di Medicina e Farmacia militari.

Il Servizio sanitario dell'Esercito Belga organizza a Bruxelles, per il mese di giugno 1921, un Congresso internazionale di medicina e di farmacia militari. Sono invitati a parteciparvi tutti i medici e farmacisti appartenenti o che abbiano appartenuto agli Eserciti dei Paesi alleati e neutri.

Chiusi i grandi avvenimenti che hanno sconvolto le Nazioni dal 1914 al 1918, è interessante sintetizzare l'opera dei diversi Servizi sanitari e compa-

rarli allo scopo di un miglioramento reciproco; è anche utile di fissare gli acquisti fatti dalla medicina militare durante la guerra, in modo da poterne condensare le lezioni per l'avvenire.

I seguenti temi sono stati messi all'ordine del giorno:

1° Gl'insegnamenti della guerra nel trattamento delle fratture delle estremità;

2° Lotta antivenerea e lotta antitubercolare nell'Esercito;

3° Studio chimico e fisiologico dei gas di combattimento; sequele della loro azione sull'organismo; importanza delle sequele nella valutazione delle invalidità;

4° Organizzazione generale dei Servizi sanitari negli Eserciti.

Le iscrizioni al Congresso, le comunicazioni e le relazioni concernenti i vari temi, dovranno pervenire non oltre il 1° aprile 1921 al Segretario generale del Congresso, dott. Jules Voncken, Ospedale Militare di Liegi. Relazioni e comunicazioni dovranno essere accompagnate da un succinto riassunto.

L'inaugurazione ufficiale del rinnovato Ufficio d'igiene di Roma.

Il 28 ottobre il sindaco Apolloni e la Giunta inaugurarono ufficialmente gli ampii e magnifici locali del rinnovato Ufficio d'Igiene in via Merulana, all'angolo del viale Manzoni.

Parteciparono alla cerimonia i rappresentanti della Direzione Generale di Sanità, degli Ospedali riuniti, del Ministero per la istruzione, della Lega per la lotta antitubercolare, della Croce Rossa e di molte altre istituzioni sanitarie e di beneficenza. Erano altresì presenti tutti i medici e gran parte del personale sanitario subalterno dipendente dal Comune. Non vi furono discosi: non ne era il caso.

Questo ampliato e rinnovato Ufficio centrale di igiene, nel quale sono state raccolte le sedi centrali di tutti i servizi sanitari ambulatori istituiti dal Comune, viene a costituire uno dei più vasti, complessi e completi Uffici municipali d'igiene d'Europa.

I locali comprendono i seguenti uffici: Direzione e amministrazione — Stufe di disinfezioni — Baliatico e Ginecologico — Farmacia centrale — Ambulatorio profilattico centrale antitubercolare — Ambulatori specializzati (naso, gola, orecchi, occhi, denti, malattie celtiche) — Cure antimalariche — Gabinetto radiologico — Bagni di luce, elettrici, idroterapici — Gabinetto per esami chimico-clinici — Gabinetto per esami di chimica industriale — Museo didattico con una grande sala per conferenze e proiezioni, munita dell'apparecchio cinematografico. I servizi sono stati distribuiti nei locali in modo organico e razionale.

Il criterio scientifico prevalente risponde alle più moderne esperienze della scienza, concentrando tutti gli sforzi migliori a tutela delle generazioni nascenti, visto che un buono sviluppo dell'infanzia è quanto di meglio si possa ottenere per andare incontro ad una sana e sicura virilità.

Per gli adulti le cure sono specialmente concentrate nella lotta contro la tubercolosi e contro la sifilide.

Il dott. Piperno ha regalato al Comune tutto il ricco arredamento del reparto odontoiatrico del valore di più di cinquantamila lire, che il Piperno ebbe in contracambio di sue speciali benemerenze dalla Croce Rossa Americana.

Tutti i sanitari dell'Ufficio d'Igiene hanno gareggiato in zelo, generosità e disinteresse.

Il rinnovato Ufficio d'Igiene onora il Comune di Roma.

Nella triste lotta degli Albanesi contro Valona, occupata dall'Italia, il capitano med. dott. GRECO, che s'era condotto eroicamente all'assalto, si sporse da una finestra del suo ospedaletto, facendo sventolare la bandiera: una fucilata lo colpì in pieno petto e lo stese al suolo. B.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1920 - Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, *ed. resp.*

Anno XXVII Roma, 15 Novembre 1920 Fasc. 46

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
diretto dal prof. VITTORIO ASCOLI.

Contributo alla conoscenza clinica e radiologica della sifilide polmonare

per il prof. TOMMASO PONTANO, aiuto e docente.

La diagnosi di sifilide polmonare ha in ogni tempo presentato difficoltà gravi: negli albori della sifilografia mancava l'individualizzazione etiologica di molte malattie polmonari, i metodi terapeutici erano ancora in embrione, la denominazione «*Phtisis a lue venerea*» (1) era l'esponente delle confuse idee del tempo.

Quando le nozioni anatomo-patologiche e le indagini bacteriologiche e serologiche, utili per differenziare tra di loro le malattie polmonari, hanno dato luce all'esame clinico, quando i mezzi curativi sono stati perfezionati, grandi passi sono stati fatti nella conoscenza della localizzazione della sifilide nei polmoni.

Anche ai nostri giorni però, a malgrado dei progressi incontrastati, le sindromi cliniche della sifilide polmonare non sono circoscritte dentro barriere nette e delimitate.

Il noto polimorfismo, che questa malattia assume nell'organismo umano, è anche più spiccato nelle localizzazioni polmonari; l'anatomia patologica moderna, in base alle caratteristiche istologiche e al reperto specifico parassitario (1), ha dimostrato che la sifilide può nei polmoni esser causa delle più varie lesioni, dal tipo neoproduttivo (gommoso) al tipo infiltrativo (broncopolmonite), al tipo distruttivo

(1) FRANK J. P. *De curandis hominis morbis* (*Phtisis a lue venerea*). 1807.

(1) ELIAZADE P. *An. pat. y patogenica de la sif. pulmonar.* — Buenos Aires, 1919.

(cavernoso), al tipo sclerotico (sclerosi polmonare). Sintomi fisici comuni delle neoformazioni, delle infiltrazioni, delle sclerosi, dei processi distruttivi cavernosi del polmone ne sono l'esponente clinico.

Una *diagnosi* di sifilide polmonare ai nostri giorni si fonda sui seguenti criteri:

a) Conoscenza del terreno sifilitico.

b) Contemporanea esistenza di manifestazioni sifilitiche.

c) Particolari localizzazioni nel polmone e reperti radiografici.

d) Criteri di esclusione.

e) Criterio curativo.

La nozione del *terreno sifilitico* è nozione clinica, costituita da elementi anamnestici ed obbiettivi, ai quali recentemente si sono aggiunte le ricerche serologiche, adottate dalla pratica, della fissazione del complemento (Wassermann) e della flocculazione (Sachs-Georgi).

Conoscere però che un soggetto è sicuramente sifilitico, non vuol dire risolvere il problema della nâtura di una lesione polmonare, specialmente quando si consideri quanto la lues è diffusa, quanto spesso anche nella lues curata, e specialmente mal curata, persistono per un certo tempo le reazioni del siero positivo. Il sifilitico inoltre può presentare e, secondo molti, anche più frequentemente degli altri, *comuni lesioni polmonari* (prima fra tutte la tubercolosi polmonare), che in nulla si distinguono, obbiettivamente e nel decorso, dalle lesioni sifilitiche acute e croniche. Nei trattati e nelle riviste più recenti si trova sempre ripetuto che la sifilide polmonare *assume d'ordinario la figura e il decorso della tubercolosi polmonare.*

Più significativo, per stabilire la natura sifilitica della lesione, è la *contemporanea presenza di manifestazioni*, che, per caratteri particolari, possono essere diagnosticate come luetiche. Alcune manifestazioni (Schnitzler) (1) come la laringite sifilitica, possono acquistare un valore decisivo. Per esperienza comune e dei sifilografi però, tali associazioni non sono frequenti e le altre possono essere ingannatrici.

I clinici, d'accordo cogli anatomo-patologi, trovano che la sifilide ha *predilezioni di localizzazione:* nei polmoni, le lesioni sifilitiche, quando esse siano localizzate, occupano le parti medie polmonari, o la base del polmone verso l'ilo; sogliono essere unilaterali e prediligono il polmone destro. Ma questa predilezione non ha regole fisse; altri processi morbosi, acuti e cronici, possono insediarsi nell'ilo, nella parte media, nella base del polmone, senza dire che la sifilide può colpire, specie nelle forme bronchitiche, broncopneumoniche, sclerotiche, tutto un lobo, un polmone intero, tutti e due i polmoni in maniera diffusa.

(1) SCHNITZLER. Wien med. Presse, n. 11, 1879 (citato da Beriel).

L'esame radiologico ha, secondo qualche autore, valore discriminativo, poichè esso offre caratteri differenziali utili; tutti i radiologi però osservano quanto spesso sia difficile trovare note differenziali con la tubercolosi polmonare. I caratteri radiologici della sifilide polmonare, per quanto è dato di ricavare dalla scarsa letteratura sull'argomento, possono così essere riassunti (1): predilige i vasi sanguigni e si diffonde secondo le diramazioni vasali; tende ad invadere i lobi inferiori e medi, invade il parenchima polmonare cominciando dall'ilo: quivi l'ombra è più densa, diviene più tenue alla periferia. Le ombre non hanno relazione coi bronchi, i bordi di esse sono erosi; il polmone presenta un aspetto picchiettato con tralci radiali, che sono dati da tessuto connettivale denso. Le forme radiologiche sono distinte in una con addensamento localizzato, una con addensamento diffuso, una con sclerosi compatta. Tali criteri finora stabiliti sono, come si può facilmente rilevare, troppo vaghi o difficili ad essere riconosciuti e in molta parte insufficienti per una differenziazione da lesioni simili tubercolari. Talora, infatti, la diagnosi radiologica volge alla tubercolosi e solo il criterio curativo risolve il problema in favore della sifilide.

Invero non ancora la radiologia ha dato nel campo delle localizzazioni polmonari della sifilide quanto essa può dare: anche recenti trattati di radiologia, come quello del Weil uscito nel 1920, non dedicano neppure un cenno alla sifilide polmonare, altri come il manuale ottimo dell'Holmes and Ruggles del 1919 danno notizie vaghe ed insufficienti.

Per la differenziazione con processi tubercolari, sopratutto con quelli avanzati e a carattere distruttivo, la clinica possiede invece *criteri di esclusione* di grande importanza: trovare, ad esempio, ripetutamente, con metodi di arricchimento, l'esame dell'espettorato negativo, in una forma avanzata di lesione polmonare sospetta, può essere criterio di grande valore per escludere una lesione tubercolare e per sospettarne una luetica, specie se il terreno è dimostrato come sifilitico.

In generale su tali mezzi, di cui ciascuno è

(1) LISSER. *Syph. of the lung.* Amer. med. Journ., marzo 1918, pag. 356. — WATKINS. The Amer. Journ. of Syphylis, ottobre 1917.

insufficiente o fallace, di cui l'*insieme però costituisce una serie di elementi utili alla diagnosi.* il clinico poggia il suo orientamento per tentare una cura specifica.

In alcuni casi la *terapia specifica* è decisiva: Beniamino Bell fin dal 1802 potè riferire un caso di guarigione di tisi avanzata col mercurio; sono classici i casi di Fournier, di Dieulafoy, di Pancritius (1), ecc., nei quali la terapia specifica è stata il mezzo decisivo di accertamento; sono note le guarigioni di malati ricoverati in tubercolosari, nei quali l'esame dell'espettorato negativo e l'effetto della cura mercuriale hanno deciso della diagnosi con inestimabile vantaggio del malato.

Nelle forme, invece, nelle quali gravi distruzioni del parenchima sono avvenute, o sostituzioni fibrose si sono stabilite, la terapia non può acquistare valore decisivo, e un miglioramento eventuale è criterio di giudizio troppo fallace.

Manca finora la possibilità di un accertamento per mezzo del reperto di spirochete nello espettorato.

***

Dacchè i mezzi curativi sono stati perfezionati, sia nei medicamenti adoperati, sia nei metodi di somministrazione, le manifestazioni cliniche della sifilide polmonare sono di osservazione meno frequente: l'edifizio clinico resta per necessità quello costruito col vecchio materiale, per cui la medicina diagnostica usò insufficienti mezzi di investigazione.

Non tutti i quadri clinici della sifilide polmonare sono bene dilucidati nella moderna letteratura medica: credo perciò opportuno di riferire la storia di un ammalato, per tutti gli insegnamenti che ne possono derivare: la *figura clinica della localizzazione polmonare* non è, per quanto risulta dalle scrupolose ricerche letterarie, stata finora illustrata.

Si tratta di un giovane di 23 anni (D. G. Vincenzo), muratore, ricoverato in Clinica dall'11 marzo al 5 aprile 1920. Ricorse a noi per una affezione febbrile, che si era iniziata nel settembre 1919.

Mentre era in servizio militare sui primi di settembre fu colpito da febbre elevata con brivido che raggiunse 40°.5, accompagnata da malessere e dolori diffusi. La febbre scese il giorno seguente, ma si elevò di nuovo nei giorni successivi; assunse un carattere continuo, fortemente remittente, talora intermittente, preceduta da brivido, seguìta da sudore. Secondo le affermazioni del paziente, v'è stato qualche giorno di tregua con senso di perfetto benessere, poi la febbre è ricominciata mantenendo il primitivo tipo. Nei primi giorni insorse lieve dolore nella fossa sottoclavicolare destra, dolore senza caratteri particolari, che non disturbava la respirazione, nè impediva il sonno: il dolore non aveva crisi di riacutizzazioni e persisteva coi medesimi caratteri sino al momento di ingresso. Il paziente ha sopportato tutti i suoi disturbi senza mettersi mai a letto.

Da qualche tempo, forse da un paio di settimane, il paziente ha tosse con modico espettorato. Mentre era al teatro due giorni prima dell'ingresso, fu colto da brividi intensi, ed un amico lo consigliò di ricorrere al Policlinico.

Nulla di notevole nell'anamnesi remota, nel facciale, da cui il paziente fu colto il 1918, mentre era in trincea sul Piave, e che fu giudicata « a frigore ».

Nlla di notevole nell'anamnesi remota, nell'anamnesi familiare. *Nega malattie veneree*, è bevitore e modico fumatore.

Al suo ingresso in Clinica (11 marzo 1920) un *primo esame obbiettivo* dà:

Scheletro regolare, nutrizione scaduta, cute pallida, non edemi, masse muscolari flaccide. Sulla cute degli arti inferiori macchie pigmentate di color rosso vinoso, esito di pregresse suppurazioni. P. 96, R. 24, T. 37°.5. Lingua con leggera patina, faringe arrossato, nulla a carico del laringe. Collo, tiroide, normali. *Torace* ampio, ben conformato, simmetrico, si espande bene.

I margini polmonari inferiori giungono a quattro dita dall'angolo scapolare inferiore, hanno escursioni normali. Gli apici alla stessa altezza a livello della prominente, diametri cucullari eguali. Non variazioni di suono alla percussione comparata. Fremito conservato, murmure normale, non rumori patologici.

Anteriormente la fossa sottoclavicolare destra è leggermente più sporgente della sinistra, si solleva però bene nelle inspirazioni ed egualmente come la regione simmetrica. Con la percussione delle clavicole a S. suono chiaro polmonare, a D. suono smorzato. Non variazioni di suono alla percussione delle fosse sopraclavicolari, che si presentano egualmente avallate. La fossa sottoclaveare destra dà suono ridotto alla percussione, con ottusità in corrispondenza della 2ª costola. Tale zona di ipofonesi si estende in basso fino al terzo spazio intercostale, in dentro al margine sternale, lateralmente arriva all'emiclaveare, in alto fino alla clavicola.

La zona ipofonetica assume forma arrotondata, della grandezza presso a poco di un uovo (vedi figura I, A).

L'ascoltazione è negativa a sinistra, a destra si percepisce murmure fievole, qualche sibilo e ronco.

Il *cuore* non è ingrandito, nè spostato; l'azione è ritmica, i toni netti, non rumori patologici. Polso ritmico, eguale, a pressione media; normali i vasi venosi ed arteriosi.

L'*addome* di volume e forma regolari, trattabile, indolente, non contiene liquido libero. Il *fegato* non è ingrandito, normale per consistenza. La *milza* si palpa ad un dito dall'arco costale, dura, indolente, in alto non si può delimitare a causa del meteorismo gastrico.

(1) FOURNIER E. *Traité de la Syphilis*, vol. II, 1906 — ID. Ac. de Méd., 19 novembre 1878. — DIEULAFOY. *Manuel de Path. interne*, tome I, 1904. — PANCRITIUS. *Ueber Lungensyphilis*. 1881.

Numerosi gangli linfatici ingrossati, indolenti, in tutte le stazioni, comprese le epitrocleari. Eczema dei genitali esterni.

All'esame del sistema nervoso si nota *paralisi del faciale* (superiore ed inferiore) di sinistra con parziale reazione degenerativa. Nulla a carico degli altri nervi cranici, della sensibilità superficiale e profonda, della motilità attiva e passiva degli arti, della deambulazione, del linguaggio. Riflessi normali.

L'esame chimico e microscopico delle *urine* è negativo.

Negativo *l'esame del sangue* per la malaria, negativa *l'emocultura*, negativa la *reazione di Weinberg*, negativo *l'intradermo e la sottocutaneo reazione* con liquido cistico.

La *reazione di Wassermann* e la *Sachs-Georgi* sono *positive complete*.

L'esame del sangue col Thoma e Zeiss dà:

Emazie 4,200,000; leucociti 20,000; HB 75 %; valore globulare 0.91.

Alla conta differenziale (colorazione May Grunwald-Giemsa) si trova: Polimorfonucleari neutrofili 60 %, eosinofili 2 %, basofili 0 %, monociti 16 %; linfociti 22 %.

La puntura lombare dà liquido limpido a pressione aumentata; Nonne-Appelt negativa; albumina 0.50 per mille; sedimento: rarissimi linfociti (normali). *Cutireazione* (tubercolina 20 %) *positiva;* esame dell'espettorato negativo. Negative le *agglutinazioni* macro- e microscopiche per il tifo, paratifo A, paratifo B e melitense.

All'ingresso in clinica il malato presenta febbre fortemente remittente o intermittente, che giunge la prima sera a 39°.6, scende al mattino a 37°. Si mantiene con tale carattere nei primi giorni di degenza, tosse scarsa con espettorato mucoso, leggero dolore nella fossa sottoclavicolare destra; ha senso di benessere e preferisce non rimanere a letto.

***

Il nostro malato presentava adunque una ricca sintomatologia morbosa: febbre di lunga durata (4 mesi), intermittente, accompagnata da intensa leucocitosi, in un soggetto in discrete condizioni generali, ma affetto da una vecchia paralisi periferica del faciale, con una lesione polmonare del lobo superiore destro, e modico tumore di milza. Tra le reazioni di laboratorio eseguite, la reazione di Wassermann positiva completa, la cutireazione alla tubercolina anch'essa positiva.

Il malato non aveva preso mai chinina, ripetuti esami di sangue, giustificati dall'ultima residenza, dal tipo della febbre e dai caratteri del tumore di milza, riuscirono negativi.

Tutte le ricerche sierodiagnostiche furono negative, come faceva prevedere il tipo febbrile e la manifsta leucocitosi.

Il problema diagnostico si restringeva: il nostro soggetto, a malgrado di una anamnesi negativa, era sifilitico: deponevano per la lues la paralisi periferica del faciale, la poliadenopatia, l'ipercromia delle cicatrici, la Sachs-Georgi e la R. di Wassermann positiva. Ma la regione sottoclavicolare D. sporgente, la zona di ottusità a forma arrotondata, la sede sottoclavicolare mettevano in questione parecchi problemi, tutti di difficile risoluzione.

Per la sede si poteva pensare ad *una produzione mediastinica*, che facesse sporgenza nell'ambito polmonare sottoclavicolare (timo, glandule mediastiniche linfatiche superiori, aneurisma della porzione ascendente dell'arco) o ad *un' affezione polmonare infiammatoria, parassitaria, neoplastica.*

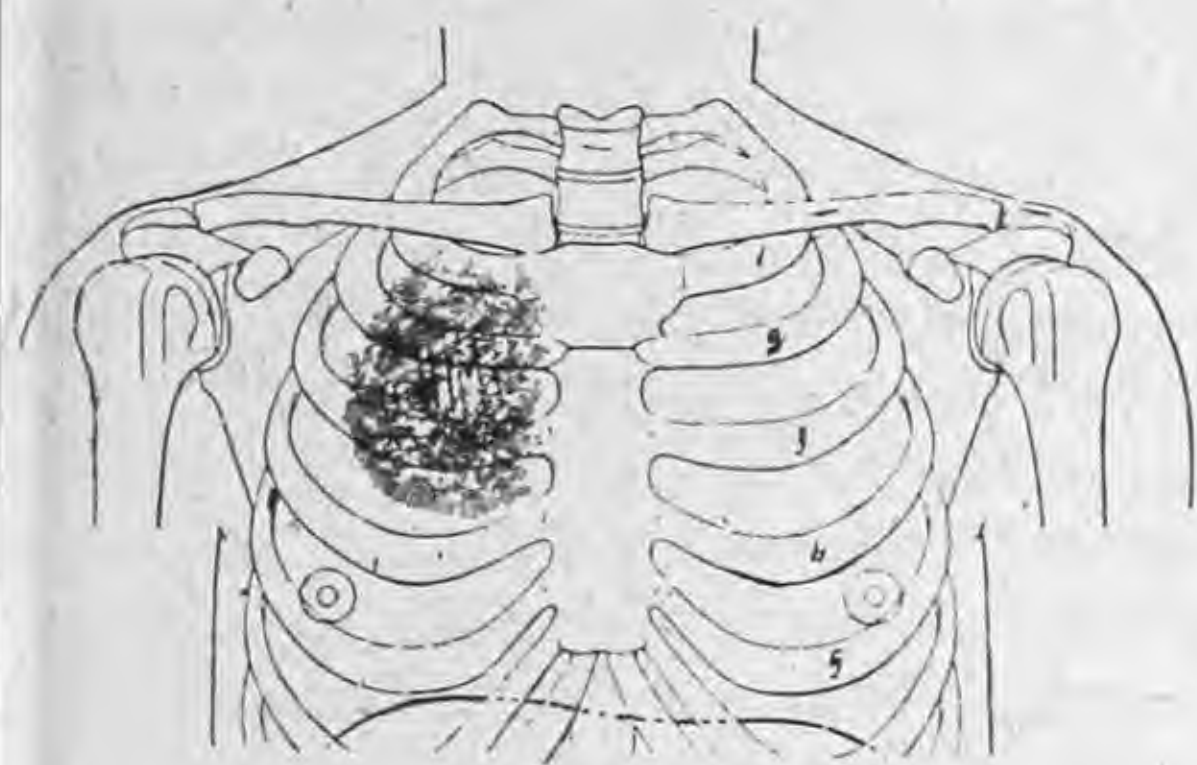
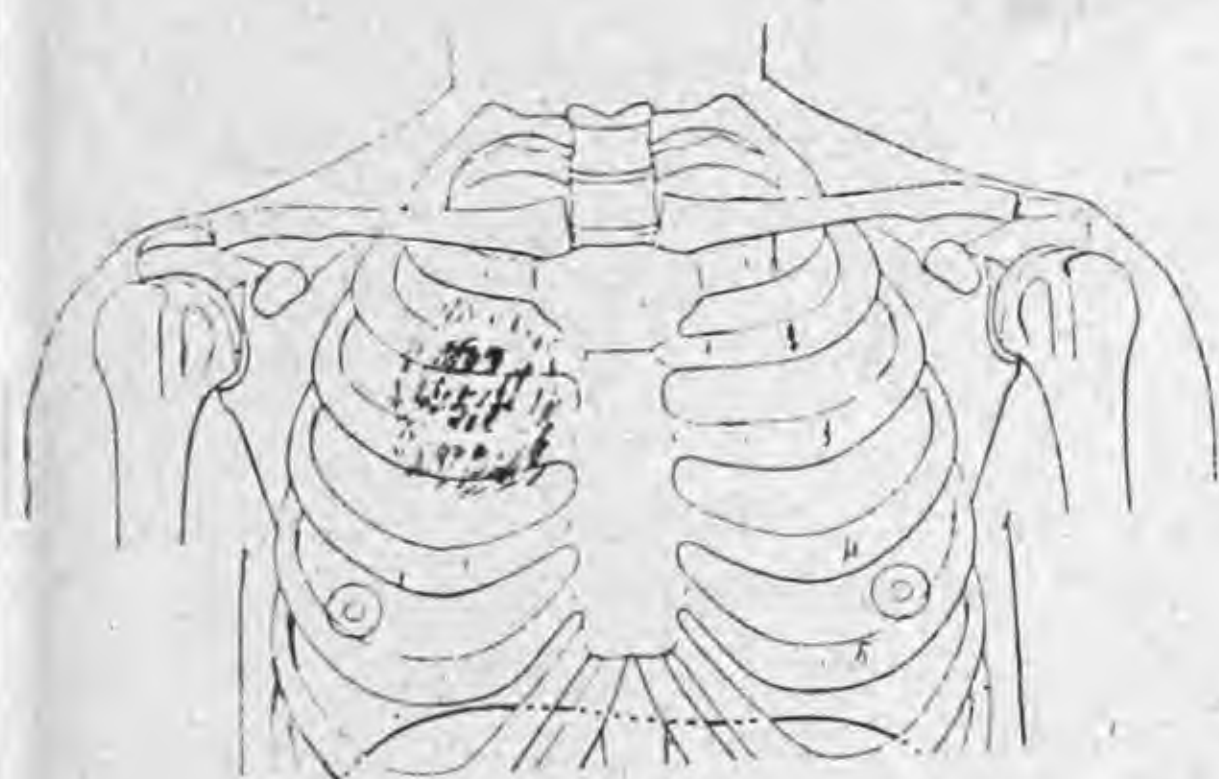
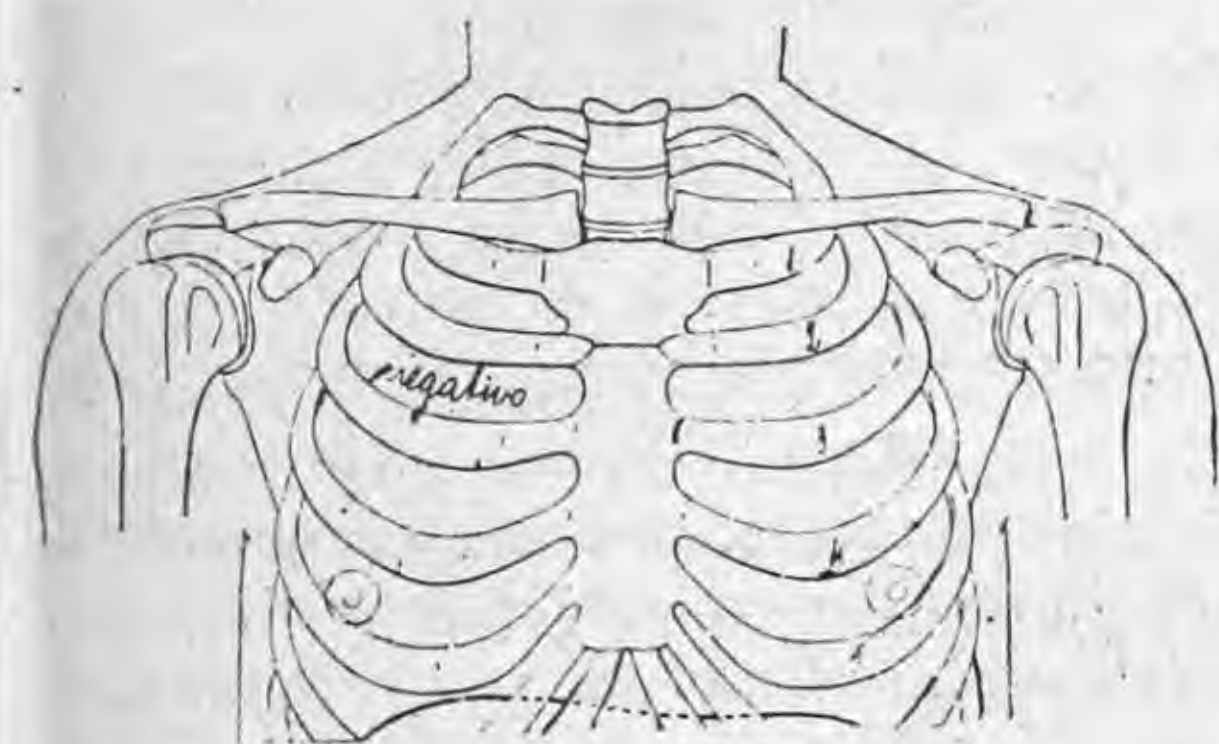
Data la sede ad estrinsecazione sottoclavicolare era poco probabile una neoplasia o una iperplasia del timo.

È noto che in generale l'organo non è mai colpito in forma così asimmetrica, che la massa neoplastica occupa principalmente la regione retrosternale, che nel giugulo si suole palpare, infossando il dito, la massa timica neoplastica aumentata di consistenza. Nel nostro caso la tumefazione giungeva fino al terzo esterno della clavicola, aveva un massimo di ottusità nella parte mediana della zona polmonare a risonanza ridotta; la percussione retrosternale e del margine sinistro dello sterno dava risonanza normale.

Per le medesime considerazioni e per la mancanza di fenomeni mediastinici di compressione, di qualsiasi pulsazione, che avrebbe dovuto essere apprezzabile, data l'estensione della lesione, per la mancanza di segni laringo-tracheali, si dovevano escludere e il tumore mediastinico glandulare e l'aneurisma.

Inoltre il malato era *febbrile*, e con ogni verosimiglianza il *dolore*, manifestatosi nella fossa sottoclavicolare contemporaneamente all'insorgenza della febbre, portava a pensare che la lesione locale era la causa della febbre.

Tutte le apparenze cliniche erano per di più in favore di una lesione polmonare: situata in pieno lobo superiore, senza segni mediastinici, aveva dalla sua parte tosse con scarso espettorato, dolore localizzato. Ma era difficile concepire l'esistenza di una lesione infiammatoria acuta o subacuta data la storia e il resultato presso che negativo dell'ascoltazione. La diminuzione del murmure con qualche sibilo e ronco, l'assenza di rantoli sonori, di fenomeni cavitari, di espettorato corrispondente (lo scarso espettorato mucoso ripetutamente negativo per il bac. di Koch), erano indizio che in pieno parenchima polmonare si era insediato un processo morboso che aveva sostituito un tessuto privo d'aria al normale tessuto aereato polmonare.

La evenienza di un *tumore polmonare* per la giovane età del paziente era poco verosimile: *non metastatico*, poichè mancava ogni segno

di tumore primitivo o di altre metastasi, *non primitivo* per la mancanza di emoftoe, per la febbre intermittente piuttosto elevata, per il rapido decorso, per lo stato generale buono.

La possibilità di un *ascesso polmonare* era sostenuta dalla febbre a tipo suppurativo, dalla leucocitosi, dalla leggera dolenzia locale, dai dati obbiettivi della ispezione e della percussione. Contro l'esistenza di un ascesso erano però i dati anamnestici (mancanza di una precedente malattia polmonare, broncopolmonite, ecc.); il malato era un giovane sano, in cui era poco verosimile una falsa deglutizione. Inoltre il processo datava da quattro mesi, non s'era avuta mai vomica; mai fenomeni polmonari di una certa importanza avevano predominato nel quadro morboso.

Sebbene fosse mancata l'emoftoe, sebbene non vi fosse cenno nella storia di urticaria o di fenomeni vascolari cutanei, per la forma per la sede, per il sollevamento della parete, per lo stato generale buono, per la febbre a tipo suppurativo, per la leucocitosi si poteva pensare ad una *cisti da echinococco suppurata.*

In verità è noto quanto spesso essa possa vivere ed ingrandirsi, senza dare segni manifesti locali e generali (forma latente); è noto che le sue prime manifestazioni possono essere quelle legate alla complicanza suppurativa. Erano è vero contro la diagnosi di cisti da echinococco le ricerche serologiche (Ghedini-Weinberg), e le reazioni cutanee (intradermo e sottocutaneo reazione negative), la mancanza di eosinofilia; ma è pure noto che tutte queste reazioni organiche possono riuscire negative a causa della suppurazione della cisti.

Per una *localizzazione polmonare della sifilide,* alla quale volgeva il pensiero la conoscenza del terreno e la paralisi del faciale, nè l'esperienza personale, nè le ricerche della letteratura medica erano favorevoli. Le descrizioni di processi a tipo neoformativo (gommosi), pongono come carattere fondamentale la diffusione del processo (nodi gommosi sparsi), la localizzazione prevalente nella regione medio ilare o ilare inferiore; la silenziosità del processo; non ricordano la presenza di una leucocitosi intensa. Con la supposizione clinica di *una cisti da echinococco suppurata del lobo superiore del polmone destro* noi abbiamo proceduto all'indagine radiologica.

La radiografia (vedi figura I, B) eseguita il 14 marzo, fa rilevare in corrispondenza della seconda costola, del 2° spazio, della 3ª costola e di parte del terzo spazio intercostale di destra un'ombra piuttosto intensa, arrotondata, che si continua con l'ombra cardiovascolare e si protende all'esterno sulla 2ª e 3ª costola, fino ad un punto estremo, che sta tra l'emiclaveare e l'ascellare anteriore. Ombra intensa, ma non uniforme nella sua estensione: in essa esistono zone assolutamente oscure e zone meno oscure, le quali si sono sostituite alla normale tessitura trasparente del polmone. Il contorno dell'ombra non è regolare, ma presenta delle grossolane irregolarità e un margine finemente ed irregolarmente sfumato. Dall'ombra stessa si vedono partire dei tralci che, come tanti raggi, si irradiano al polmone circostante. Di essi più rilevanti sono quelli che volgono verso la parte apicale e quelli che volgono verso la base.

Il dato radiologico si opponeva adunque al sospetto clinico: una cisti da echinococco, anche suppurata, dà luogo ad un'ombra circolare di intensità eguale ed uniforme. La nettezza dei limiti e l'uniformità dell'ombra è così caratteristica, come in nessuna altra malattia polmonare, neanche nei neoplasmi. L'ipotesi di un ascesso polmonare si riaffacciava alla nostra mente, ma in essa l'ombra rotonda è veramente più irregolare e le propaggini sul tessuto polmonare circostante sono tanto numerose e la reazione pleurica così netta da offuscare per buon tratto la tessitura polmonare.

L'immagine radiografica, in aggiunta a tutti i dati clinici permetteva di escludere la cisti da echinococco suppurata e l'ascesso polmonare; in unione agli elementi che risultavano dall'esame del terreno, facevano sospettare un processo sifilitico gommoso, sebbene, come ho già detto, l'esperienza clinica sia poco favorevole all'esistenza di processi gommosi di una tale grandezza, isolati, in un polmone del resto indenne.

Sui dati offerti dall'esame del terreno e sul sospetto radiologico, ci siamo sentiti autorizzati a tentare una *cura antisifilitica*: essa poteva fornirci la chiave diagnostica sicura dell'origine della febbre, dei rapporti della lesione polmonare con l'esistente infezione sifilitica. È noto che la febbre cede alla cura specifica, cedono le lesioni gommose ed infiltrative del polmone alla terapia mercuriale ed arsenobenzolica.

Ad evitare incidenti terapeutici, conseguenza di una eventuale reazione di Herxheimer, abbiamo iniziato il trattamento coi preparati mercuriali (10 cgr. di salicilato di mercurio per via intramuscolare).

Si pratica la prima iniezione il 14 marzo. La febbre mantiene il suo tipo intermittente: giunge alla sera a 39°.5, scende a 36°.9 al mat-

tino. Tale perdura per altri tre giorni (vedi *tabella termografica*).

Però al terzo giorno la massima è 38°.6; al quarto 38°.1; al quinto 37°.1; al sesto 37°.1, al settimo 37°. All'ottavo giorno dalla prima iniezione la temperatura non giunge più a 37°, e il paziente è per tutto il giorno apirettico. Lo stato generale è ottimo, tanto che il paziente crede di essere guarito e desidera di uscire; diminuisce la tosse, scarsissimo l'espettorato.

Il 22 marzo si procede alla prima iniezione di Novoarsenobenzolo Billon (0,30) che non provoca reazione o disturbo alcuno.

L'E. O. il 26 marzo (vedi figura I, A) fa rilevare una notevole diminuzione dell'ottusità alla percussione nella fossa sottoclavicolare destra, senza limiti netti, con un massimo sulla seconda costola a due dita dal margine sternale: il murmure vescicolare è aspro, persistono ronchi e sibili sonori. Si continua nella cura arsenobenzolica endovenosa (0.45-0.60-0.75). Per l'ultima iniezione, l'ammalato, che aveva abbandonato la clinica, viene ambulatoriamente.

Il paziente non ha più tosse, non più dolore nella fossa sottoclavicolare; l'esame obbiettivo dimostra persistente la paralisi periferica del faciale di sinistra, negativo l'esame fisico del torace.

Ma per l'esame del torace del malato, nel quale i nostri sensi potevano, nello apprezzamento delle sfumature dei fatti percussori ed ascoltatori, trarci in inganno, ci ha soccorso un parallelo esame in serie con i raggi X.

In due altre lastre eseguite il 27 marzo ed il 2 aprile noi possiamo seguire il regresso del processo morboso.

Il 27 marzo l'esame radiografico fa notare: l'ombra è diminuita in estensione e mutata nella forma; essa si rischiara in corrispondenza del 2° spazio e della terza costola, persiste in proporzioni meno evidenti alla seconda costola; la forma non è più rotonda ma quasi a fungo col peduncolo costituito dal tralcio che si dirige inferiormente, e che è divenuto più manifesto.

La radiografia del giorno 2 aprile mostra il quadro del tutto mutato: al posto dell'ombra intensa è sostituita una trabecolatura fatta di una rete grossolana che lascia trasparire il tessuto polmonare; rimane l'ombra inferiore. Una parte del polmone ha acquistato invece la sua normale trasparenza, la zona meno chiara è quella vicina all'ilo.

In meno di un mese un processo morboso che occupava il tessuto polmonare e ne oscurava la normale trasparenza radiologica si è dileguato, lasciando tracce appena apprezzabili anche radioscopicamente.

***

La febbre e la lesione polmonare hanno rapidamente e contemporaneamente ceduto alla cura specifica mercuriale e salvarsanica. La sifilide, ignorata dal paziente, era stata sospettata per la paralisi periferica del faciale, per la poliadenopatia, per il modico tumor di milza, per l'ipercromia delle cicatrici da pregresse suppurazioni, era stata confermata dall'esito positivo della reazione di Wassermann; la febbre e la lesione polmonare erano state sospettate come esponenti di localizzazione sifilitica, la terapia ne aveva accertato la natura.

Quali i rapporti tra febbre e lesione polmonare?

È noto che possono esistere febbri, dette precisamente senz'altro sifilitiche, che guariscono subito con la cura specifica, in soggetti nei quali l'esame più minuto clinico è negativo. D'altra parte l'esperienza insegna che frequentemente manca la febbre nella sifilide polmo-

nare e specialmente in alcune forme di essa (gommose non aperte), ma febbre può esistere nella sifilide polmonare come nella sifilide di tutti gli organi.

Il contemporaneo insorgere della febbre e dei lievi sintomi dolorosi subbiettivi nella fossa sottoclavicolare ci induce a ritenere che il tipo febbrile dal malato presentato stesse in diretto rapporto con il processo polmonare.

A quale categoria di processi anatomici può essere riferito il processo morboso da noi osservato e seguìto nella sua regressione?

Penso che l'esame radiologico ci permette di identificare esattamente il processo morboso. La forma irregolare rotonda, con margine sinuoso, l'ombra intensa ma ineguale con punti più scuri e zone più chiare, riproducono esattamente la visione di un conglomerato gommoso, quali si possono osservare al tavolo anatomico. È riferito in tutti i lavori antichi e moderni (1) sulla sifilide polmonare che la gomma del polmone è un « processo silenzioso »: essa non dà spesso segni fisici, non dà disturbi funzionali evidenti. Beriel (2) dice che le gomme « realizzano al più alto grado le forme latenti delle sifilosi polmonari ». Forse a questo carattere di processo silenzioso è dovuta la rarità delle osservazioni cliniche pubblicate e la considerazione clinica che la gomma rappresenti più un reperto occasionale di autopsia che non un oggetto di indagine clinica.

Anche la leucocitosi che il nostro malato presentava è da attribuirsi al processo morboso sifilitico: essa gradualmente è diminuita, fino a giungere a cifre normali (da 20,000 a 8,000) all'uscita dalla clinica. Tale reazione leucocitaria non è ricordata come conseguenza del processo locale sifilitico del polmone.

Pochi ma netti insegnamenti fornisce lo studio del nostro malato: :

1. Nell'*adulto* la sifilide può dare localizzazioni polmonari gommose isolate, lasciando indenne clinicamente e radiologicamente il resto dell'organo.

2. Può la localizzazione provocare *febbre nettamente intermittente* e *leucocitosi,* sì da assumere la figura di un processo suppurativo del polmone.

3. Il *reperto radiologico* è ausilio di gran peso per la diagnosi differenziale, se pure insufficiente per la risoluzione del problema.

4. Il *criterio curativo* con terapia intensa e mista (mercuriale e salvarsanica) è il mezzo decisivo diagnostico.

---

(1) BALZER F. *Sifilide dei polmoni,* vol. XXIX, p. I. — Trattato di Gilbert e Thoinot, 1911.
(2) BERIEL. *Syphilis du poumon chez l'enfant et chez l'adulte,* 1907.

NOTE PREVENTIVE.

OSPEDALE CIVILE DI CUNEO.

Sulla reazione Sachs-Georgi.

Nota preventiva del dott. P. F. ZUCCOLA
medico primario e docente.

Da parecchio in numerosi lavori l'attenzione dei pratici e degli studiosi è intrattenuta sulla reazione Sachs-Georgi; ogni ricercatore indugiandosi sulla tecnica dagli autori escogitata, colle varie modificazioni apportatevi ed accorgimenti consigliati, allo scopo di renderla non solo più spedita, ma ancora più certa nei confronti della reazione classica di Wassermann. Di discussioni teoriche la letteratura nostra e straniera si è particolarmente arricchita specie in questi ultimi mesi, stimo per ciò del tutto inutile riferire quanto è stato già da parecchi ed anche in modo diffuso, ripetuto: dato lo scopo pratico della presente nota, più che fare questione di dettagli, credo cosa di maggiore utilità riferire senz'altro i risultati ottenuti sperimentando con materiali (siero o liquido cefalo-rachidiano) di pazienti contagiati di lue e nei vari stadi di essa, e di altri colpiti da malattie infettive acute e croniche.

I. Infezione contratta di recente con manifestazioni secondarie in pieno sviluppo: casi n. 27.

R. W.	Casi	R. S. G.	Casi
+ + + +	8	+ + + +	4
+ + +	16	+ + +	16
+ +	2	+ +	2
+	1	+	2

Dei 3 casi in cui la reazione S. G. fu negativa, in uno la R. W. era = + + + ed in 2 la R W. = + +.

II. Infezione contratta da un tempo variabile fra i 6 ed 8 anni e diligentemente curata: casi 52.

R. W.	Casi	R. S. G.	Casi
+ + + +	5	+ + + +	4
+ + +	18	+ + +	15
+ +	15	+ +	11
+	14	+	11

Degli 11 casi negativi in 1 si aveva corrispondente R. W. = + + + + +; in 2 R. W. = + + +; in 3 R. W. = + +; in 5 R. W. = +.

III. Infezione contratta da un tempo variabile fra i 6 e gli 8 anni insufficientemente curata: casi 24.

R. W.	Casi	R. S. G.	Casi
+ + + +	11	+ + + +	9
+ + +	9	+ + +	11
+ +	3	+ +	—
+	1	+	1

Dei 4 casi negativi in 1 si trattava di paziente con R.W. = + + +; in 2 con R.W. = + +; in 4 con R. W. = +.

IV. Infezioni contratte da un tempo variabile fra gli 8 e i 16 anni con cure protratte e ripetute: casi 62.

R. W.	Casi	R. S. G.	Casi
+ + + +	5	+ + + +	3
+ + +	21	+ + +	18
+ +	34	+ +	21
+	2	+	—

Dei 12 casi negativi in 3 si trattava di pazienti con R. W. = ++++; in 5 con R. W. = +++; in 4 con R. W. = ++.

V. Infezioni contratte da un tempo variabile fra gli 8 ed i 16 anni insufficientemente curate: casi 44.

R. W.	Casi	R. S. G.	Casi
+ + + +	9	+ + + +	8
+ + +	20	+ + +	19
+ +	12	+ +	11
+	3	+	2

Dei 12 casi negativi in 4 si trattava di pazienti con R. W. = + + +; in 7 con R. W. = + +; in 1 con R. W. = +.

VI. Infezioni contratte da un tempo superiore ai 16 anni e ripetutamente curate: casi 38.

R. W.	Casi	R. S. G.	Casi
+ + + +	7	+ + + +	5
+ + +	12	+ + +	12
+ +	15	+ +	12
+	4	+	1

Dei 7 casi negativi in 2 si trattava di pazienti con R.W. = + + + +; in 2 con R.W. = + + +; in 4 con R. W. = + +.

VII. Infezioni contratte da un tempo superiore ai 16 anni insufficientemente curate: casi 27.

R. W.	Casi	R. S. G.	Casi
+ + + +	8	+ + + +	7
+ + +	12	+ + +	11
+ +	5	+ +	3
+	2	+	1

Dei 5 casi negativi in 1 si trattava di pazienti con R. W. = + + +; in 2 con R. W. = + +; in 1 con R. W. = +.

VIII. Sieri di pazienti affetti da malattie infettive acute: casi 39 (pneumoniti 13; ileo-tifo 18; reumatismo articolare 8); lue negata.

R. W.	Casi	R. S. G.	Casi
+ + + +	—	+ + + +	—
+ + +	—	+ + +	2
+ +	2	+ +	3
+	—	+	6

Dei casi con R. S. G. positiva in 5 casi trattavasi di pazienti affetti da ileo-tifo in periodo di defervescenza; in 4 di convalescenti di pneumonite; in 2 di reumatismo poliarticolare. Nei casi in cui si ebbe R. W. positiva corrispose una R. S. G. pure positiva.

IX. Sieri di pazienti affetti da malattie infettive croniche (tubercolosi): casi 20.

R. W.	Casi	R. S. G.	Casi
+ + + +	—	+ + + +	—
+ + +	—	+ + +	1
+ +	—	+ +	4
+	—	+	—

I 5 casi con R. S. G. positiva corrispondevano a 4 casi di tubercolosi cavitaria con piressia in periodo terminale; in 1 di tubercolosi iniziale apirettica.

X. Liquido cefalo-rachidiano. Pazienti affetti da lesioni dell'asse cerebro-spinale contagiati di lue da un periodo di tempo variante dai 12 ai 25 anni: casi 7.

R. W.	Casi	R. S. G.	Casi
+ + + +	2	+ + + +	1
+ + +	1	+ + +	2
+ +	3	+ +	1
+	1	+	—

Dei tre casi negativi in 1 si trattava di pazienti con R. W. = ++++; in 2 con R. W. = ++.

XI. Liquido cefalo-rachidiano di pazienti affetti da processi acuti dell'asse cerebro-spinale (encefalite letargica casi 20, meningiti tubercolari casi 7): lue negata.

R. W.	Casi	R. S. G.	Casi
+ + + +	—	+ + + +	—
+ + +	—	+ + +	2
+ +	—	+ +	3
+	—	+	3

Dei casi positivi in 5 si trattava di encefalite a carattere letargico (1 caso con reazione = +++, 2 con R. = ++; 1 con reazione = +), negli altri 3 di meningite tubercolare (1 con R. = +++; 1 con R. = ++; 2 con R. = +).

I risultati quali vennero schematicamente esposti sono sufficientemente eloquenti da rendere inutile ogni particolareggiato commento, e riservandomi di ritornare ad una più minuta discussione di essi, in via generale si può concludere che la reazione con tanta maggior frequenza dà risultato positivo quanto più recente è l'infezione e quanta maggiore è la ricchezza del liquido in esame di anticorpi specifici; di modo che essa è indubbiamente meno sensibile che non la classica reazione di Wassermann; che tale minore sensibilità è particolarmente evidente nelle forme terziarie rigorosamente curate e nelle forme luetiche del sistema nervoso. Difatti la deficienza sua è in modo speciale evidente quando viene praticata con liquido c. r. aggravata, nel caso particolare, dal numero non indifferente di reazioni positive ottenute con liquido c. r. proveniente da individui colpiti da lesioni di tutt'altra natura e certamente non luetici.

Aggiungasi ancora che in 13 casi ho ottenuto autoprecipitazione nei sieri di controllo.

Per tali motivi non credo di potermi associare a quanti affermano tale reazione dare affidamento di specificità almeno uguale a quella di W., l'attendibilità del suo responso essendo in rapporto con fattori la cui valutazione sfugge troppo facilmente ad ogni controllo. Ad essa si potrà forse, per la sua più pronta attuazione, per la sua più semplice e spedita tecnica, ricorrere quando non difettino quegli altri coefficienti che non lascino soverchi dubbi sulla natura della lesione.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Su di un caso di utero doppio (biloculato) con vagina doppia

per il dott. ETTORE GALLO.

Tutte le malconformazioni congenite dell'apparato genitale femminile, se restano ancora oscure alla scienza nella loro etiogenesi, sono sufficientemente illustrate nella loro patogenesi. Esse, in massima parte, sono essenzialmente rappresentate da anomalie di conformazione, le quali sono, quasi sempre, l'esponente di una deviazione, o, più frequentemente, di un arresto di sviluppo.

Queste deviazioni e questi arresti possono iniziarsi in un momento qualsiasi del normale sviluppo e possono quindi manifestarsi sotto molteplici forme. Basta seguire col pensiero la graduale metamorfosi della sfera urogenitale femminile, fin dai primi mesi della vita endouterina, per comprendere come un arresto, od una deviazione di sviluppo, in un diverso stadio ontogenetico dell'apparato genito-urinario, possano condurre ad una estesa varietà di anomalie.

Queste anomalie, che, nella evoluzione della sfera genito-urinaria, rappresentano deformazioni patologiche ontogeneticamente, filogeneticamente rappresentano conformazioni normali fisiologiche.

L'embriologia e la biologia hanno dato il maggior contributo a questi studii così interessanti, che possono compendiarsi nella legge biogenetica di Haeckel: *L'ontogenesi ricapitola la filogenesi.*

Di fatti le diverse forme, che il sistema urogenitale riveste, nei diversi gruppi della scala zoologica, corrispondono meravigliosamente ai diversi stadî, che il detto sistema attraversa, prima di raggiungere nell'uomo il suo completo sviluppo.

Fin dalla 4ª settimana della vita intrauterina gli abbozzi fetali, che debbono, modificandosi e fondendosi, costituire, in ultimo, l'apparato genitale, incominciano a subire una triplice trasformazione: istologica, topografica e morfologica.

Queste trasformazioni, le quali seguono una regola fissa, nella loro lenta evoluzione, possono subire una deviazione od un arresto, dando luogo ad una corrispondente forma di anomalia di sviluppo.

Le anomalie istologiche consistono precipuamente nella mancata differenziazione delle cellule germinali delle glandole genitali. In questi casi le ovaia sono prive dell'elemento spe-

cifico, il *follicolo primordiale*, per modo che ad esse manca la facoltà della formazione degli elementi germinativi, degli *ovicini*.

Questi, appunto, sono i casi di sterilità, la cui causa sfugge alle indagini dell'ostetrico e del ginecologo.

Le anomalie topografiche, che sono le più semplici e le più innocue, consistono in ectopie per mancata od incompleta migrazione di quegli organi, che, originati in un punto, hanno bisogno di traslocarsi per raggiungere la propria sede definitiva.

Le anomalie morfologiche, che sono clinicamente le più importanti, sono rappresentate da tutte le deformazioni, che gli organi genitali assumono deviando, durante il loro sviluppo, dal tipo normale. Queste deformazioni possono estendersi a tutto il sistema genitale e possono circoscriversi ai singoli organi, componenti il detto sistema.

Sappiamo dalle nozioni di embriologia, che, dell'apparato genitale femminile, le trombe, l'utero e la vagina si formano a spese dei canali di Müller. Questi nella loro porzione superiore rimangono liberi fino alla inserzione del ligamento rotondo, costituendo due organi laterali, simmetrici, che in seguito rappresenteranno le trombe di Falloppio. Nella loro porzione inferiore si uniscono e si fondono fra di loro fino allo sbocco nel seno urogenitale, dandó origine all'utero ed alla vagina.

Fin dal 3° mese i canali di Müller accollati l'uno all'altro nella loro parte inferiore, sono divisi da un tramezzo che, in seguito, viene gradualmente riassorbito dal basso in alto. Verso il 5° mese il setto è completamente scomparso e dei due canali ne residua un canale unico, mediano, che rappresenterà l'utero e la vagina. Questi due organi, per la funzione diversa cui saranno adibiti, vengono divisi fra loro da un cercine, che incomincia a comparire sin dalla fine del 3° mese, quando il tramezzo sopra accennato non è ancora scomparso. Questo cercine, che si forma a spese dell'utero, più tardi ne costituirà il collo.

Tutte le deviazioni o gli arresti, che si verificano durante questo processo evolutivo, portano, come conseguenza, una anomalia di sviluppo dell'utero o della vagina o di ambedue. Queste anomalie ripetono le conformazioni degli organi sessuali normali degli animali inferiori.

Troviamo infatti nei carnivori e nei ruminanti l'utero bicorne, il quale presenta sul fondo una depressione, che mantiene divaricate, a guisa di corna, le parti alte dei dotti di Müller non fuse fra loro per un piccolo tratto.

Nei topi e nei porcellini d'India la depressione è più accentuata e le corna sono più sviluppate, giacchè la mancata fusione dei dotti di Müller si è prolungata in basso per un tratto maggiore.

Nei conigli esistono due uteri, che, per mezzo di due bocche, comunicano con un'unica vagina; in questi la mancata fusione dei dotti di Müller si è estesa fino al cercine divisorio utero-vaginale.

Nei marsupiali esistono due uteri e due vagine, giacchè i due canali di Müller invece di fondersi si sono soltanto avvicinati, rimanendo divisi, come erano embrionalmente.

Tutte queste diverse forme di sistemi genitali, normali negli animali sopra citati, possono riscontrarsi anche nella donna, costituendo in questa quelle anomalie di sviluppo, che possono riuscire incompatibili con la funzione degli organi genitali stessi.

Oltre a queste principali forme di anomalie ve ne sono ancora altre, che Negel classifica con ordine seguendo un criterio embriologico.

***

Il caso clinico che ho voluto pubblicare non è un caso eclatante di anomalia, ma è abbastanza raro e però ritengo che possa riuscire interessante dal lato pratico.

Si tratta di una forma di utero doppio biloculato con vagina doppia.

N. C., da Casola Valsenio, di anni 24, contadina, maritata, si presentò alla mia consultazione perchè preoccupata di non poter portare a termine nessuna gravidanza. Era una giovane donna, alta, robusta, di aspetto florido.

Raccolsi anzitutto l'anamnesi eredo-familiare, che mi risultò priva del minimo interesse clinico. Il marito era stato sempre bene e godeva tuttora ottima salute. Il padre e la madre, due vecchi sessantenni, erano sanissimi.

Alle mie domande sulla anamnesi remota, l'ammalata rispose che era stata sempre bene e che non aveva mai avuto bisogno di medici, nemmeno in occasione di tre aborti, che si successero nello spazio di 15 mesi e che spontaneamente si espletarono sempre bene, senza complicanze e senza conseguenze.

Questi aborti, recidivanti fra il 2° ed il 3° mese, preoccuparono la giovane e la fecero decidere a consultare per la prima volta un medico.

Essa aveva cominciato a mestruare all'età di 14 anni e le mestruazioni erano sempre state scarse ed in qualche modo dolorose nei primi anni. I primi rapporti sessuali erano stati dolorosissimi; ma, in seguito, aveva finito col sentire poco dolore, solo nel primo momento dell'intromissione del pene nella vagina. Aveva sempre sofferto e soffriva di perdite bianche.

All'interrogatorio sulla anamnesi prossima l'inferma non aggiunse altro d'interessante. All'esame generale notai che era bene sviluppata, nutrita e sana; la tiroide era normale; le

mammelle poco sviluppate, ma turgide. L'esame glandolare risultò negativo. Allora passai subito all'esame ginecologico. Ispezionando la vulva, in corrispondenza dell'ostio vaginale, notai, oltre alle caruncole imenali, una piega di mucosa verticale, irregolare, che dava un aspetto strano ai genitali esterni.

Con l'esplorazione digitale mi resi subito conto che si trattava di una forma di anomalia di sviluppo dei genitali. La vagina era divisa da un setto in tutta la lunghezza, per modo che, con le dita, io penetravo in due vagine: una a destra ed una a sinistra. Il tramezzo divisorio era costituito da un foglietto di mucosa sottile. Nella vagina di sinistra io penetravo agevolmente con due dita fino a toccare il collo dell'utero senza arrecare molto dolore all'inferma, mentre la vagina di destra lasciava appena passare un solo dito. Era chiaro che il coito avveniva solo nella vagina di sinistra, che era abbastanza dilatata, e che la vagina di destra, priva di funzione, era rimasta in uno stato quasi rudimentale.

Dopo avere così bene osservato la vagina, era necessario che mi rendessi conto della posizione e della forma dell'utero. Nel fondo della vagina di sinistra io ero già riuscito a sentire il collo dell'utero, di proporzioni un pochino minuscole con un orifizio piuttosto largo, lineare, trasverso. La difficoltà di poter penetrare fino in fondo, nella vagina di destra, non mi aveva ancora consentito di rendermi ragione della sua profondità. Con un po' di vasellina cocainizzata anestesizzai e lubrificai il passaggio, per modo che mi riuscì meno ostica la penetrazione di un dito fino al fondo. Così potei constatare la presenza di un altro collo uterino, molto più piccolo dell'altro, con un piccolissimo forame circolare.

Il corpo dell'utero, attraverso le pareti addominali, con l'esplorazione combinata, si sentiva tutto uniforme, senza il minimo accenno d'insellatura mediana.

Dopo tale osservazione accurata, io potei spiegarmi benissimo la ragione degli aborti ricorrenti, che venivano provocati dalla configurazione anomala dell'utero. Rimasi però in dubbio sulla varietà della anomalia; se cioè il tramezzo divisorio dell'utero si estendesse fino al fondo o si arrestasse dopo il collo.

Comunque fosse, io ritenni giusto di consigliare all'inferma l'intervento chirurgico, proponendomi di chiarire il mio dubbio, dopo avere distrutto il setto vaginale, che m'impediva di sondare contemporaneamente i due colli uterini.

L'inferma accettò il mio consiglio e dopo due giorni venne operata.

***

Dopo le opportune e rituali preparazioni dell'inferma, feci la rachianestesia, che mi rispose mirabilmente.

L'ammalata venne accomodata in posizione dorso-lombare, con le gambe ben divaricate; feci uno scrupoloso lavaggio vaginale con acqua jodata; disinfettai con tintura di jodio le superficie interne delle cosce e la vulva e quindi procedetti all'atto operativo, che venne così condotto:

Applicai due pinze sul setto divisorio della vagina: una in sopra e l'altra in sotto, quanto più mi fu possibile discoste fra di loro. Quindi, dopo essermi assicurato che l'uretra ed il setto non erano stati interessati dalle pinze nelle loro prese, procedetti senza alcuna preoccupazione. Con le forbici tagliai il setto, fra le pinze, fino ai colli uterini e poi con catgut n. 3 suturai con punti staccati le ferite del taglio sulla parete anteriore e sulla parete posteriore della vagina.

Dopo di che potei applicare una placca a peso e potei afferrare con due pinze di Museaux i due colli. Con due isterometri sondai la cavità uterina, penetrando attraverso i due colli per circa 8 centimetri a sinistra e per soli 5 centimetri a destra. Spingendo i due isterometri in alto ed in dentro, in modo da farli convergere, volli provare se le due estremità si toccassero fra di loro; ma ogni tentativo fu vano. Gl'isterometri erano sempre divisi da un setto che si prolungava verso destra ed in alto fino al fondo dell'utero.

Mi dovetti convincere allora che tutto l'utero era diviso in due cavità; che cioè era biloculato e che nessuna comunicazione esisteva fra le due metà. Questo dato di fatto fu controllato e confermato. Iniettai nelle due cavità uterine una soluzione di acqua jodata e la vidi refluire per la stessa bocca attraverso la quale veniva iniettata.

Senza perder tempo proseguii l'operazione dilatando gradualmente con le sonde di Hegar i due colli. Quando li ebbi portati ad una dilatazione di 2 cm. circa, con una forbice di Mayo, sezionai il setto uterino penetrando per circa 5 cm. nella cavità dell'utero.

Si ebbe una discreta emorragia, che frenai con uno zaffo stipato di garza sterile, leggermente imbevuta in una soluzione di ferropirina.

Zaffai anche la vagina con garza sterile semplicemente e l'operazione ebbe termine.

Dopo 48 ore tolsi gli zaffi, feci un'accurata disinfezione dell'utero e della vagina con alcool jodato e ripetei solo lo zaffo vaginale.

Il giorno seguente, assicuratomi che non veniva più sangue, tolsi lo zaffo e detersi la vagina con alcool jodato.

Al decimo giorno l'ammalata era già guarita anche delle ferite vaginali, che cicatrizzarono per prima intenzione.

Al ventesimo giorno era già in piedi.

Dopo circa 8 mesi restò incinta e questa volta portò a termine la gravidanza.

Cosenza, 21 settembre 1920.

Presentazione trasversale in due primipare gemelle.

Dott. TOMMASO LAZZARINI, medico condotto.

La notte del 14 maggio a. c. fui chiamato a Punta Squaransca di Albona, a tre ore di distanza dalla mia sede, per un parto che non si svolgeva. Trovai la partoriente, Caterina Fonovich-Tomicich, di anni 28, contadina, primipara, maritata il 26 aprile 1919, distesa a terra sul focolaio. Levatrice nessuna, alcune donne si affannavano attorno alla partoriente, che stanca, sfinita da ore di travaglio e con una inerzia secondaria d'utero, feci trasportare sul letto. Dopo le necessarie disinfezioni mie e della paziente constatai: Presentazione trasversale dorso-anteriore con prolasso della mano, anzi dell'avambraccio destro gonfio; edematoso, spalla destra incuneata, nessuna mobilità del feto, toni cardiaci assenti. Essendo un rivolgimento impossibile o per lo meno troppo pericoloso e rimasta senza effetto la trazione sull'avambraccio, cercai di raggiungere il capo per fare la decapitazione, ciò non avendo avuto successo, passai alla dolorosa necessità dell'eviscerazione che, per sè stessa, per ambiente, per mancanza d'assistenza, riuscì lunga e difficile.

Il secondamento facilitato da massaggio si compì normalmente ed il puerperio fu ideale; la donna lavora ed è sana.

L'interessante segue ora.

Tre settimane dopo circa, e precisamente il 4 giugno, fui chiamato nello stesso villaggio e trovai Maria Fonovich-Tomicich, primipara, di 28 anni, maritata il 2 agosto 1919, sorella gemella della prima operata, nelle identiche e precise condizioni. Presentazione trasversale dorso-anteriore, con prolasso della mano e avambraccio destro edematosi, spalla incuneata, inerzia secondaria d'utero, alcuna mobilità del feto, toni cardiaci assenti. La trazione dell'avambraccio anche qui rimase senza alcun effetto ed un rivolgimento non era ormai possibile. Cercai se riuscisse la decapitazione, ma non potei raggiungere il capo, e così passai per la seconda volta e in meno di tre settimane all'eviscerazione.

L'intervento ostetrico fu ancora più lungo e penoso che non fosse stato la prima volta. Il secondamento si svolse normalmente. Finito il secondamento, nell'adagiare l'operata in posizione distesa, questa cadde in deliquio, dal quale ben presto si riebbe. Il puerperio fu lungo ma afebbrile e la donna ora cammina e lavora, sebbene sia subentrato però un leggero prolasso della vagina.

Pubblico i casi perchè mi sembrano interessanti per la bibliografia le presentazioni patologiche identiche nelle due gemelle, che del resto sono due forti contadine con bacino normale. La madre loro ha avuto dieci figli, le operate hanno due sorelle: Lucia, di 32 anni, maritata a 20, che ha ormai sei figli, ed Antonia, di 30 anni, maritata a 21, che ne ha quattro: nè l'una, nè l'altra ebbero mai bisogno del medico.

Per l'eziologia delle presentazioni trasversali sola spiegazione forse sarebbe l'età delle primipare, non più giovanissime (28 anni), e noto come curiosità che al parto della prima operata assisteva per necessità d'ambiente la seconda. I feti, l'uno di sesso maschile, l'altro femminile, pesavano press'a poco tre chili ciascuno.

Albona **d'Istria,** settembre 1920.

Mancata caduta del moncone del cordone ombellicale

per il prof. ERNESTO BELLANDI.

Appena tornato dall'aver prestato servizio militare, in qualità di maggiore medico, capo reparto nella R. Clinica Chirurgica di Pisa, venni chiamato presso una partoriente. Trattravasi di una primipara, la quale il 28 maggio u. s. dette felicemente alla luce una bambina a termine e discretamente robusta rispetto alla corporatura dei genitori.

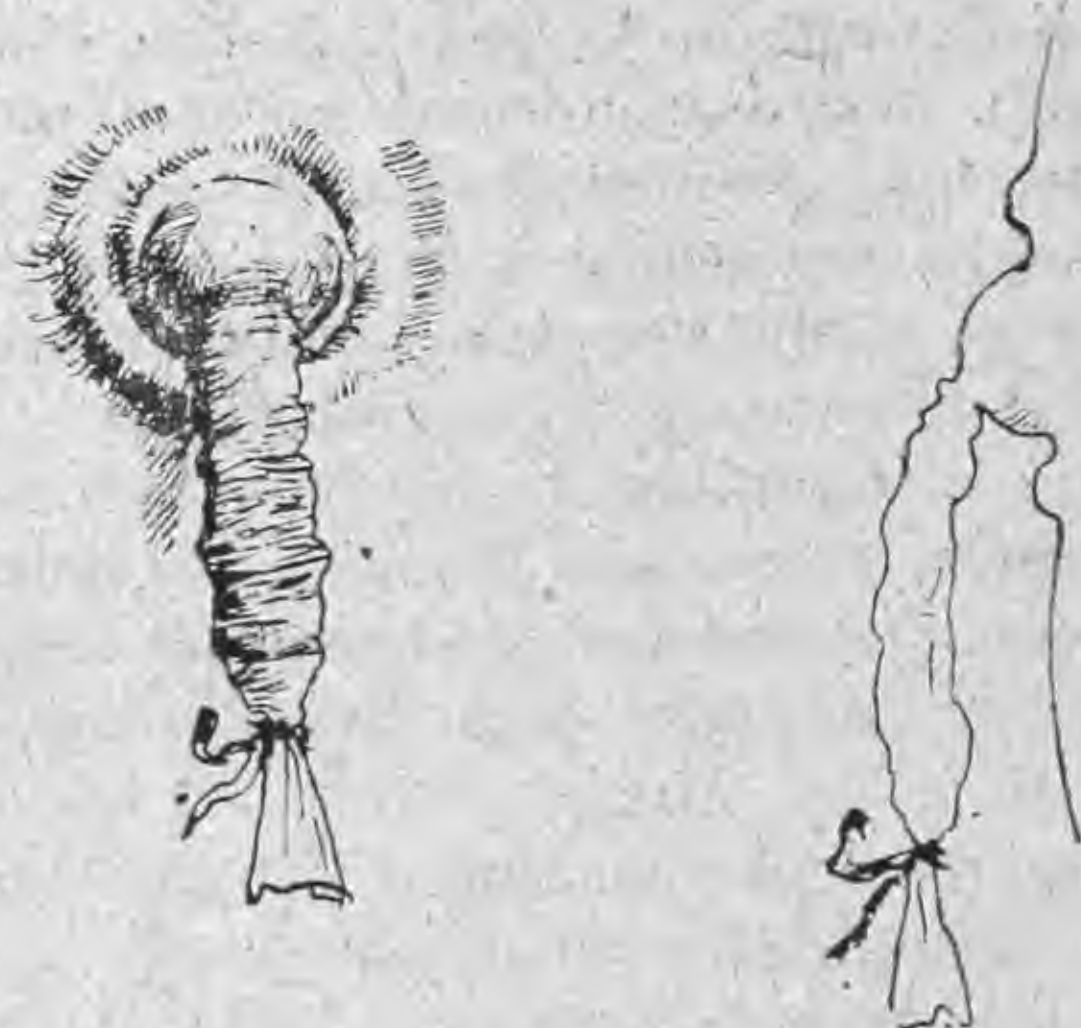
Il cordone ombellicale fu trattato come d'abitudine: legatura con seta sterilizzata a circa due dita trasverse dallo ombellico, e sezione con forbici sterili; dopo la pulizia generale si avvolse il moncone del cordone ombellicale in un pannolino sterilizzato lì per lì con bollitura e quindi umido, non essendo stata preparata la solita garza sterilizzata secca, per dimenticanza di chi doveva provvedere a tutto il materiale necessario del parto. L'indomani però il moncone del cordone ombellicale, dopo il bagno, venne racchiuso in un quadrello di garza sterilizzata secca e così fu seguitato nei giorni seguenti.

Però verso il quinto giorno, avendo notato che il moncone del cordone ombellicale si era tumefatto e presentava colorito grigio-scuro, trattandosi dunque di un processo di mortificazione umida, feci sospendere i bagni giornalieri, ed aggiunsi alla medicatura secca quotidiana dell'ombellico un po' di acido borico porfirizzato. Verso l'undicesimo giorno il moncone del cordone ombellicale si era molto ridotto, schiacciato a nastro e fatto di colorito bruno, ma non si notava alcuna linea di delimita-

zione a livello dell'ombellico, per quanto di là fuoruscisse un po' di liquido siero-sanguigno, che macchiava via via il materiale di medicatura; l'anello ombellicale si mostrava leggermente tumefatto ed arrossito, però senza sfumatura verso la cute circostante. Nessuna reazione generale nel neonato. Si è continuato la medicatura con l'acido borico porfirizzato, che si faceva ben penetrare alla base del moncone del cordone ombellicale tirando leggermente sull'estremo di questo.

Frattanto i giorni passavano, ma il moncone del cordone ombellicale non cascava, con grande sorpresa di tutti, che mi assillavano di domande al riguardo, e facendomi combattere con l'insipienza e la sfacciataggine di una levatrice (connazionale) che a mia insaputa aveva perfino in una medicatura applicato trattamento differente al mio, e che continuamente alla famiglia proponeva sue polveri. Io rassicuravo, giacchè non v'era infezione, e poichè talvolta si è visto prolungare la caduta del moncone del cordone ombellicale anche verso il ventesimo giorno senza conseguenza di sorta. Tale fatto però suol essere attribuito a debole costituzione del neonato, ed a sue tare ereditarie. Se nel nostro caso, pur trattandosi di feto a termine, esso non è troppo robusto, ho già notato che anche i suoi genitori non sono di corporatura grande, di più questi non presentano malattie costituzionali.

Passati anche i venti giorni il fatto diventava completamente eccezionale, e doveva esservi una ragione per tale mancata caduta del moncone del cordone ombellicale. Difatti alla base di questo, all'estremo cioè del tessuto in necrosi, si era formato un cercine alto pochi millimetri di tessuto di granulazione, leggermente bagnato da liquido siero-sanguigno. Si sono seguitate sempre le solite medicature, e con molta accuratezza circa la pulizia anche delle mani di chi le praticava; e così si è evitata l'infezione ben facile invece a farsi strada attraverso la superficie erosa del detto cercine. Questo ha continuato ad aumentare di altezza, ed al ventottesimo giorno è diventato grosso quanto circa un cece, acquistando difatti anche la forma un po' globosa; tirando delicatamente sull'estremo libero del moncone del cordone ombellicale si nota al di sotto, a livello dell'ombellico, come un piccolo restringimento, ossia la tendenza alla peduncolazione; il suo colorito è sempre rosso-vinoso, la superficie è scabra, la consistenza dura carnosa. Sotto i cambiamenti della pressione intraddominale questo tumoretto non modifica il suo volume; ma se ciò mi poteva fare escludere la presenza in esso di un estremo di ansa intestinale, non mi liberava però dal pensare alla possibilità della persistenza del dotto onfalo-mesenterico o a quella dell'uraco. Per i caratteri descritti bisognava propendere a credere trattarsi di un tumore fungoso dell'ombellico, o *sarconfalo*, che manteneva la nutrizione della base del moncone del cordone ombellicale, che perciò non si distaccava. Sappiamo infatti che il cordone ombellicale non ha vasi propri per il suo nutrimento, e che esso vive per inibizione trovandosi immerso nel liquido amniotico.

Approfittando allora della suddetta tendenza alla peduncolazione, il giorno 26 giugno, cioè ventottesimo dal parto, dopo accurata disinfezione con alcool leggermente iodato, ho posto un laccio di robusta seta piatta (n. 3) sotto il tumoretto e l'ho stretto fortemente, rinnovando la medicatura solita. Anche se si fosse stati in presenza di permanenza del dotto onfalo-mesenterico o dell'uraco, che poteva avvenire alla caduta del tumoretto? Una fistola, ma ciò che ho fatto è la cura prima di tali anomalie, e di più la fistola può poi occludersi con le successive medicature, mediante toccamenti di nitrato d'argento, ecc., senza pensare, in caso contrario, agli eventuali interventi intraddominali.

Il giorno successivo, la medicatura è colorata da secrezione siero-sanguigna; il tumoretto è completamente afflosciato, anch'esso nastriforme come la parte sovrastante del moncone del cordone ombellicale, e come questa di colorito scuro per quanto non della stessa intensità; a livello del laccio scorgesi una profonda depressione, e spostando il moncone un po' di lato si vede la superficie dell'ombellico piana e verso il suo centro un piccolo peduncolo attorniato dal laccio di seta, che sostiene il tumoretto sovrastante, già descritto, col moncone del cordone ombellicale. Per maggiore certezza della costrizione, si stringe nuovamente il laccio, facendo un nuovo avvolgimento con gli estremi

del filo di seta lasciati appositamente lunghi, e si medica come si è già detto.

Al terzo giorno (28 giugno) la medicatura è ancora macchiata in marrone da liquido siero-ematico; il solco di divisione a livello del laccio è sempre più profondo, ma v'è ancora un piccolo peduncolo; perciò si stringe nuovamente il laccio con un altro avvolgimento, come si era fatto il giorno avanti.

Al quarto giorno (29 giugno) speravo veramente di trovare tale moncone di cordone ombellicale finalmente distaccato; ma tenendo esso invece ancora per un peduncolino, per quanto sottilissimo, ho stretto ancora il laccio, ma ho asportato con un colpo di forbici il moncone del cordone ombellicale sezionandolo nel limite col tumoretto, già descritto, e pur esso ora in necrosi; ciò per togliere di mezzo la maggior parte di questo tessuto necrosato, che, sebbene protetto ed opportunamente medicato, costituiva un focolaio continuo e vasto d'infezione.

Al quinto giorno (30 giugno) il sottile peduncolo tiene sempre assai solidamente. Sono costretto a stringerlo ancora, però con un nuovo laccio, applicato subito sotto l'altro per assicurarmi ancor maggiormente della costrittura.

Al sesto giorno (1° luglio) non essendosi ancora distaccato il tumoretto, tenuto ormai da un peduncolo quasi filiforme, si asporta anche esso con un colpo di forbici in vicinanza del laccio. In corrispondenza di tale laccio, si osserva nell'ombellicolo una piccola escavazione; attorno la cute dell'ombellico è normale; nè vi si scorgono rialzi sotto gli aumenti della pressione intraddominale, come nel pianto.

Al decimo giorno (5 luglio) medicando si trova distaccato il laccio, o meglio i due lacci, e rimane al loro posto una piccola fossetta nell'ombellico di circa mezzo centimetro di diametro e di due a tre millimetri di profondità, la cui superficie è costituita da tessuto di granulazione di bello aspetto, ed è leggermente bagnata di liquido siero-sanguigno. Si deterge con alcool rettificato, si ricopre con polvere porfirizzata di acido borico e si medica a piatto.

Al tredicesimo giorno (8 luglio) la piccola escavazione si è ridotta quasi della metà; non v'è stata secrezione, eccetto la formazione di una sottile crosta, che è stata rimossa facilmente; medicatura solita.

Al diciassettesimo giorno (12 luglio) (*quarantacinque giorni dopo il parto*), si trova che è scomparsa la piccola escavazione; l'ombellico non è molto retratto, ma è pianeggiante, ed alla palpazione digitale non si avverte l'urto della pressione intraddominale. Si è avuta dunque la completa cicatrizzazione.

Con ciò non si può escludere che potesse esservi la persistenza del dotto onfalo-mesenterico o dell'uraco, giacchè se non ne è residuata una fistola, sappiamo che col trattamento della costrizione quei condotti possono occludersi; nè possiamo rintracciare la loro esistenza nel pezzo anatomico, stante la necrosi di questo.

Quel che si può dire con maggiore sicurezza è che abbiamo avuto a che fare con un tumoretto di granulazione dell'ombellico dai caratteri di un *sarconfalo*, che manteneva la vitalità del moncone del cordone ombellicale.

Ho tenuto a descrivere tanto minutamente questo caso, stante la sua rarità, e a mia cognizione, mancandomi qui la possibilità delle ricerche della letteratura al proposito, unico fino ad ora.

Alessandria d'Egitto, 13 luglio 1919.

LEZIONI.

I sintomi iniziali nelle malattie midollari.

(F. W. MOTT, *British Medical Journal*, 26 giugno 1920).

Le affezioni del midollo spinale si annunziano ordinariamente con due sintomi subbiettivi: *dolori e parestesie.*

Il *dolore*, è ben noto, è uno dei sintomi più costanti in ogni genere di malattia: è un fenomeno protettivo e quindi è un sintomo precoce.

Nelle affezioni spinali il dolore è un segno di irritazione dei gangli intervertebrali o delle radici sensitive. Ha di solito un carattere neuralgico. Varia di intensità in rapporto al temperamento ed allo stato di salute generale del paziente. Può essere lancinante, puntorio, lacerante, urente. È talvolta continuo, gravativo, contusivo con crisi parossistiche di riacutizzazione. Si distingue dal dolore neuralgico o nevritico per la sua distribuzione segmentaria. Nelle neuralgie si hanno punti anatomici la cui pressione esacerba il dolore. Questi punti neuralgici corrispondono talvolta anche alla sede del dolore spontaneo o al punto di partenza della crisi parossistica.

Dolori a tipo schiettamente nevralgico e di notevole intensità si hanno nella compressione o irritazione delle radici spinali o dei plessi bronchiale, lombare e sacrale. Questi dolori sono denominati pseudo-nevralgici e si incontrano nelle carie vertebrali, nell'aneurisma dell'aorta discendente, nella paraplegia dolorosa da cancro ed in casi di irritazione delle radici spinali da meningite locale o generale. In questo ultimo caso il dolore è frequentemente accompagnato da spasmi muscolari e rigidità locale o generale. Ciò è molto evidente quando è colpita la regione cervicale.

I dolori radicolari presto o tardi sono accompagnati da disturbi sensitivi obbiettivi distribuiti a striscie lungo il tronco e gli arti. D'altra parte nelle radicoliti la pressione sui tronchi nervosi, come avviene nelle neuriti, non è dolorosa; ma, viceversa, il tossire, lo starnutire, il soffiare il naso, il defecare provoca dolore acuto.

Nella grande maggioranza dei casi di affezioni midollari che si iniziano con fenomeni di irritazione radicolare si tratta di una meningite spinale per lo più di origine sifilitica. In questi casi la regione che più frequentemente è sede del dolore radicolare è quella lombo-sacrale, ma può essere colpita anche la regione dorsale e cervicale.

Le lesioni iniziali della tabe sono contrassegnate da dolori radicolari improvvisi, lancinanti, urenti, che con tutta probabilità sono dovuti alla irritazione delle fibre radicolari dei gangli intervertebrali nel loro punto d'ingresso nel midollo. Questa irritazione è probabilmente dovuta ad un processo infiammatorio delle meningi.

Nelle infiammazioni acute dei gangli intervertebrali, come si verifica nell'*herpes zoster*, si hanno gravi dolori neuralgici con una distribuzione segmentale. Questi dolori cessano di solito all'apparire della caratteristica eruzione cutanea. Non raramente queste forme schiettamente radicolari sono al loro inizio diagnosticate come nevralgie intercostali o pleurodinie.

Anche nelle neuriti periferiche si possono avere dolori lancinanti agli arti, specie a quelli inferiori, accompagnati da disturbi obbiettivi della sensibilità, ma i dati anamnestici e la distribuzione dei disturbi sensitivi farà fare la esatta diagnosi. Al riguardo bisogna ricordare che talvolta il dolore neuritico assume i caratteri di quello tabetico e che la possibilità di confusione è aggravata dalla coesistenza di altri sintomi comuni (atassia, ariflessia); ma nelle neuriti ci sono di solito paresi o paralisi con atrofie muscolari, mancano i disturbi pupillari e la reazione di Wassermann è negativa.

Conviene anche notare che nel periodo preatassico della tabe, anche in assenza del segno di Romberg e di Weshphall, possono aversi dolori più o meno vivi. Anzi è frequentissimo il caso che il primo segno di tale malattia siano i dolori che di solito sono creduti di origine reumatica o neuritica. Ma in ogni caso la presenza dei disturbi oculari ed eventualmente i disturbi della sensibilità vibratoria permettono di fare la diagnosi esatta anche nel periodo preatássico.

Nella tabe, oltre a ciò, fra i sintomi precoci vanno notate le crisi dolorose viscerali. Sono state registrate crisi vescicali, che consistono in un violento dolore nel basso ventre ed irradiantesi nella regione interna delle cosce. I pazienti avvertono un bisogno urgente di urinare, ma non possono. Le crisi renali talvolta simulano le coliche da calcolosi. Le crisi gastriche, la cui frequenza è ben nota, possono costituire il primo sintomo della tabe. Esse sono costituite da accessi di dolore e di vomito. E tra i sintomi più precoci vanno annoverate le crisi rettali ed intestinali. I pazienti accusano tenesmo, bisogno urgente di defecare, dolore ai lombi. Non molto rare sono anche le crisi laringee. Anche la impotenza e la satiriasi sono sintomi precoci della tabe. L'associazione dell'anestesia toracica con le crisi viscerali dà conto della loro causa. Le fibre simpatiche afferenti dei visceri terminano nelle corna posteriori dei segmenti spinali corrispondenti alla sede del dolore sulla pelle ed all'anestesia; il processo infiammatorio che colpisce le radici sensitive posteriori innervanti la pelle irrita le fibre viscerali afferenti.

Molto comune nella tabe è il dolore a cintura, che però costituisce anche un sintomo precoce della meningite locale e della meningomielite a decorso lento e progressivo. Questo segno di affezione radicolare è comunissimo nelle malattie sifilitiche del midollo e deve essere tenuto nella dovuta considerazione per un trattamento precoce che prevenga la distruzione degli elementi nervosi con la conseguente paraplegia. In ogni caso in presenza di detto sintomo conviene praticare l'esame del liquido cefalo-rachidiano per meglio precisare la diagnosi.

Anche le *disestesie* o *parestesie* sono segni precoci delle malattie del midollo spinale. Sono costituite da sensazione di peso agli arti, torpore, formicolio, punture, senso di caldo e di freddo. La forma più caratteristica di parestesia è quella indicata volgarmente col nome di piede addormentato, e che è dovuta a pressione dello sciatico.

Oltre che dalla compressione di un tronco nervoso le parestesie possono essere determinate da:

1° Modificazione transitoria della circolazione locale, dovuta a spasmi vasomotori, come nel morbo di Reynaud e nell'eritromelalgia, o ad ateromi, arteriosclerosi ed endoarterite.

2° Reazione al freddo.

3° Nevrite traumatica, tossica o infettiva.

4° Neurastenia.

Molte delle affezioni midollari che sono accompagnate da dolori nevralgici possono dare

sensazioni parestesiche, anzi talvolta, come è il caso delle carie vertebrali, dei tumori intra- ed extramidollari: le parestesie talvolta precedono i dolori.

Le parestesie inoltre possono essere il primo sintomo della meningite spinale cronica, della mielite acuta e cronica, della poliomielite anteriore, della mielomalacia, del rammollimento trombotico del midollo, della meningo-mielite sifilitica trasversa e della sclerosi a placche. Perciò in presenza di questo sintomo conviene sempre ricercarne le probabili cause facendo l'esame dei riflessi e vigilare il paziente per l'eventuale comparsa di disturbi motori.

Per quel che riguarda i *disturbi obbiettivi della sensibilità* conviene notare che l'anestesia totale nelle malattie midollari si verifica solo nelle lesioni trasverse complete, come nella frattura o lussazione vertebrale, nelle ferite dirette, nelle meningo-mieliti; la prognosi è sempre grave. Nella meningo-mielite e nelle radicoliti i sintomi subbiettivi precedentemente descritti e la iperestesia precedono l'anestesia.

Più frequente e di maggiore importanza diagnostica è la dissociazione della sensibilità, che può incontrarsi nelle neuriti periferiche ed in casi di compressione o irritazione delle radici (anestesia tattile e conservazione ed anche esagerazione della sensibilità dolorifica), ma è caratteristica della siringomielia e dell'ematomielia (conservazione della sensibilità tattile; abolizione della sensibilità dolorifica e termica).

In alcune malattie del midollo i disturbi sensitivi sono transitori o assenti.

Nella poliomielite anteriore acuta i disturbi sensitivi sono di solito costituiti da semplici parestesie che precedono il manifestarsi della paralisi flaccida. Ciò è dovuto al fatto che in questa malattia sono colpite le corna anteriori, mentre le corna posteriori, centri trofici delle fibre sensitive, rimangono illese.

Anche nell'atrofia muscolare progressiva, dovuta a degenerazione dei neuroni motori midollari, e nella sclerosi latero-amiotrofica, dovuta a degenerazione dei neuroni motori cortico-midollari, manca ogni disturbo sensitivo. In ambo le malattie il primo segno è di solito costituito dall'atrofia dei muscoli della mano e del cinto scapolare. Nella sclerosi laterale amiotrofica il sintomo iniziale è costituito dall'esagerazione dei riflessi profondi ed eventualmente dal clono della rotula e del piede.

La diagnosi della sclerosi a placche è molto facile quando sono presenti i sintomi cerebrali: tremori, parola scandita, nistagmo, atrofia ottica. Ma la confusione con forme funzionali è possibile quando esistono solo i sintomi spinali. Non raramente la malattia si inizia con parestesie, seguite da anestesia transitoria. Il paziente può presentare anche uno stato spastico delle gambe con un certo grado di paresi o di paralisi, con incoordinazione e difficoltà o incertezza nel camminare e nello stare in piedi. Quando questi sintomi sono accompagnati, come avviene in giovani donne, da fatti emotivi, si può pensare all'isterismo. Ma l'assenza dei riflessi addominali ed epigastrici, l'esagerazione dei patellari, il clono della rotula e del piede, il segno di Babinski, le paresi, la perdita del senso di posizione e la diminuzione della sensibilità ossea dimostrano la esistenza di lesioni del fascio piramidale e dei cordoni posteriori. La sensibilità superficiale di solito rimane integra.

dr.

SUNTI E RASSEGNE.

SEMEIOTICA.

Prova della pituitrina.

(ASCOLI e FAGIUOLI. *Folia Medica*, 30 genn. 1920)

La introduzione sottoepidermica di 0.05 cmc. di soluzione al millesimo di adrenalina determina dopo pochi secondi e talvolta istantaneamente la comparsa di un ponfo di colorito bleu scuro, che ulteriormente si circonda di un alone bianco e di un altro rosso. La reazione raggiunge il suo massimo sviluppo entro mezz'ora: si mantiene per un certo tempo, dopo il quale nel giro di un'ora e più si involve, passando la macchia bleu per uno stadio rosso. Residua una papula rossa, leggermente rilevata, che nei giorni successivi attraversa le comuni fasi di pigmentazione.

Adoperando soluzioni più diluite, ad esempio 1/200.000-1/1.000.000, la reazione, meno intensa, ma pur sempre manifesta, conserva lo stesso tipo, differisce però per la mancanza della macchia centrale bleu, sostituita con ritardo da una piccola macchia rossa come al solito. L'alone rosso non è sempre pronunziato. A misura che ci si avvicina al titolo limite l'apparizione si distanzia maggiormente dal momento dell'iniezione (fino a 20 e più minuti).

Con diluizioni maggiori la reazione si attenua fino a diventare identica a quella indispensabile di controllo con l'acqua, costituita dal ponfo alabastrino e da un alone roseo. Residua una piccola papula rossa, che si risolve in macchiolina bruna. La reattività alla prova sottoepidermica dell'adrenalina in condizioni ordinarie è compresa fra la deluizione

al 200.000 ed al milione (fialette di Pearce e Davis).

In condizioni patologiche può essere smorzata o esaltata. Essa è risultata negativa in alcuni casi di morbo di Addison e di iposurrenalismo cronico; positiva anche con diluizione più forte fino a 5-20 e più milioni in alcuni casi di disturbi della menopausa, d'ipertensione, di morbo di Basedow, in qualche gravida. I bambini reagiscono debolmente. Vi è anergia negli stati di anemia profonda.

Confrontando in 25 casi la sensibilità dell'adrenalina somministrata per via sottocutanea (1 cmc. della soluzione all'1 ‰) e sottoepidermica, Ascoli e Fagiuoli in 21 casi ebbero normoreazione alla prova sottoepidermica e nessuna in quella sottocutanea ed altrettanto in due casi di iporeazione sottoepidermica: in due casi con reazione esagerata alla prova sottoepidermica solo un aumento di pochi cm. della pressione arteriosa alla iniezione sottoepidermica. Finalmente in un caso di sclerodermia in ipertesi con normoreazione alla prova sottoepidermica vi fu una reazione spiccata alla reazione sottocutanea (aumento notevole di pressione, vertigini, tachicardia, tremore, tracce di glicosuria, ecc.) così da far nascere il sospetto che la mancata sovrarisposta cutanea provenisse dalla lesione sclerodermica, sebbene non macroscopicamente apprezzabile nel punto di secrezione.

Un'altra prova è quella della pituitrina che è identica a quella data dalle soluzioni di adrenalina all'1/200.000 circa. In condizioni ordinarie essa riesce ancora positiva, pure ritardando la comparsa dell'alone alabastrino attorno al ponfo, quando si allunghi 500 volte circa il contenuto di una fialetta del commercio.

È stata riscontrata positiva anche a diluizione di 1 ‰ e più in soggetti ipertesi, in affezioni dell'ipofisi, in qualche caso di morbo di Basedow; ridotta in qualche caso di iposurrenalismo cronico. È degno di particolare rilievo il fatto che se talora può esistere coincidenza fra la reattività delle due sostanze, nella maggior parte dei casi *le reazioni patologiche all'adrenalina e alla pituitrina si manifestano nettamente dissociate e persino opposte*.

Le soluzioni all'1/200.000 di adrenalina offrono una reazione d'intensità approssimativamente uguale a quelle di pituitrina: l'azione delle prime esaurisce ad una diluizione ulteriore di appena 5 volte (1/1.000.000), le seconde pure allungate fino a 500 volumi mantengono la loro azione. La causa è forse da ricercare nei diversi punti del tragitto neuromuscolare sul quale agiscono le due sostanze: giunto neuromuscolare nel primo, fibra muscolare nel secondo caso.

Ascoli e Fagiuoli hanno comunicato questa interessante nota riservandosi di partecipare i risultati completi delle loro ricerche.

MOTTA.

Una reazione specifica dell'anemia perniciosa.

(Dott. J. S. THIEMEN, della Clinica di Groninga. *Deutsches Archiv für klinische Medizin*, 12 febbraio 1920).

La reazione si basa sulla proprietà della catalasi sanguigna di ridurre l'H_2O_2.

Si diluiscono 0.05 cmc. di sangue preso sterilmente in 50 cmc. di soluzione fisiologica.

Si mescolano 10 cmc. di detta soluzione con 30 cmc. di H_2O_2 all'1/00 (l'H_2O_2 deve essere purissima ed avere reazione neutra, il recipiente dove si fa la miscela sterile, perfettamente asciutto, di vetro fine).

Si espone la miscela *per due ore* alla luce a temperatura ambiente (si formano immediatamente delle bollicine di gas).

Si aggiungono 5 cmc. di H_2SO_4 al 5 ‰ (cessa l'azione della catalasi).

Si titola con una soluzione di $KMnO_4$ (3.7195 gr. pro l.) la quale è equivalente a 2 mg. di H_2O_2. (La soluzione si prepara confrontandola con una soluz. n/10 di acido ossalico — [10 cmc. di soluz. n/10 di acido ossalico corrispondono a 8.5 cmc. di $KMnO_4$]). 30 cmc. di H_2O_2 all'1/00 sono equivalenti a 150 cmc. di questa soluzione di permanganato.

Alla fine della reazione si titola il $KMnO_4$ residuo, lo si sottrae e si moltiplica la differenza per 2. Il numero ottenuto corrisponde ai mg. di H_2O_2 ridotti dalla catalasi sanguigna e fu chiamata da Oppenheim e Jolles valore catalasico.

Il v. c. è relativo ed ha significato soltanto se le reazioni vengono eseguite sempre nelle identiche condizioni.

La reazione fu sperimentata in individui sani, in ammalati di anemie secondarie, da carcinomi, da tubercolosi, in individui affetti da *anaemia gravis*, in anemie postemorragiche, in anemie perniciose primarie o criptogenetiche.

Il valore catalasico ha variazioni insignificanti nei vari individui sani; rimane costante nello stesso individuo. Non si potè stabilire un rapporto indice emoglobinico e v. c. Esiste invece un rapporto fra il numero degli eritrociti e il valore catalasico, e l'autore propone di chiamare indice di catalasi la quantità di H_2O_2 ridotta da un milione di eritrociti.

L'indice di catalasi varia da 5.8 a 6.4 negli individui normali e negli individui affetti da anemie secondarie, raggiunge valori di 11, 12, 13 fino a 15 nelle anemie perniciose criptogenetiche e nelle anemie sperimentali da idrazina che presentano un quadro del tutto simile alle anemie perniciose primarie.

Data la specificità della reazione, essa può essere considerata quale un mezzo diagnostico importante ed è inoltre un dato in favore dell'opinione di quelli che riguardano l'anemia perniciosa quale una malattia a sè e non semplicemente quale una sindrome morbosa.

BARZ.

TERAPIA.

L'importanza terapeutica della trasfusione sanguigna.

(LESTER J. UNGER. *Journ. of the Am. Med. Ass.*, 13 settembre 1919).

La recente onda di entusiasmo per la trasfusione si è iniziata con l'introduzione di una tecnica semplice, con l'eliminazione dei pericoli, con il crescente apprezzamento del valore terapeutico del metodo.

La tecnica dell'anastomosi vasale, per quanto perfezionata, ha dovuto cedere il passo ai metodi indiretti: i quali si riuniscono in due gruppi: l'uso di apparecchi che permettano un passaggio rapido di sangue non modificato, e l'uso di sangue reso incoagulabile con l'aggiunta di citrato di sodio. Il primo è rappresentato dal metodo di Kimpton e Brown, dalle siringhe di Lindeman e dalla siringa speciale ideata dall'A. (con rubinetto a due vie).

Si trovano così di fronte due metodi, uno che usa sangue inalterato, l'altro, sangue con l'aggiunta di una sostanza chimica: sebbene quest'ultimo per la sua grande semplicità sia stato assai diffuso e alcuni ritengano che debba rimanere incontrastato; l'A. pensa che la questione dei meriti relativi ai due processi non sia risolta: egli anzi, probabilmente perchè ideatore di uno strumento adatto a questo scopo, crede che la trasfusione di sangue non modificato non possa esser così facilmente messa da parte; e ne porta le ragioni.

Una prima differenza è data dalla maggior frequenza di reazioni che seguono alla trasfusione citratata: febbre nel 60 % dei casi, brivido nel 57 %, ecc. (Drinker e Brittingham), mentre l'A. nelle sue trasfusioni ebbe febbre in circa il 10 % dei casi, brivido in circa il 3 %. Questa differenza è dovuta a una condizione anormale delle piastrine e delle emazie nel sangue citratato. Novy e De Kruif hanno dimostrato che il sangue acquista proprietà tossiche in rapporto diretto con il cammino percorso verso la coagulazione: sebbene questa non avvenga effettivamente, insorgono in esso dei processi, non appena fuoriesce dai vasi, che modificano la sua natura e lo rendono meno utilizzabile come fluido vitale: tali processi sarebbero legati a una alterazione delle piastrine. Certo, una critica simile può esser fatta ai metodi che usano sangue non modificato: ma in questi il sangue è assai meno manipolato e si trattiene fuori del corpo per un tempo brevissimo (circa 5 minuti secondi nel metodo dell'A.).

Drinker e Brittingham hanno inoltre dimostrato sperimentalmente che la semplice aggiunta di citrato di sodio è dannosa per i corpuscoli rossi, che rende più fragili e più facili ad emolizzare: ciò che acquista una particolare importanza quando la trasfusione è usata nelle malattie emolitiche (1).

Questi studi sembrano dimostrare, ciò che già *a priori* sembrava plausibile, che dal punto di vista biologico il delicato tessuto sanguigno debba venir alterato nella pratica della trasfusione citratata. L'A. quindi ritiene che, quando il sangue necessita come un tessuto, cioè nelle varie anemie specialmente emolitiche, non vi possa esser discussione, e la trasfusione di sangue non modificato sia il metodo di scelta. Deve ammettersi peraltro che la tecnica del sangue citratato è assai semplice, e perciò nei casi di emorragia, quando lo scopo non è tanto di fornire del sangue normale a un sangue patologico, ma di dare un aiuto adeguato a una circolazione impoverita, o di provocare la cessazione di una emorragia, il sangue citratato risponde bene.

* * *

È noto da tempo che se donatore e paziente non appartengono allo stesso gruppo di isoagglutinine vi possono essere dei pericoli per il ricevente. Poichè all'agglutinazione spesso si accompagna l'emolisi, ma quest'ultima è sempre accompagnata da agglutinazione, basterà saggiare i due sangui solo da quest'ultimo punto di vista.

I vari metodi proposti a questo scopo sono tutti utilizzabili, ma i più semplici sono quelli microscopici di Moss e di Lee da una parte, di Rous e Turner dall'altra. I primi consigliano di determinare per mezzo di sieri-tipo,

(1) Accenniamo appena, perchè non è nostro compito entrare qui nel merito della questione, che Lewisohn, Hédon, Weil e molti altri sono d'opinione che l'aggiunta — minima — del citrato trisodico non altera il sangue. (*N. d. R.*)

dei gruppi II e III, di cui l'operatore deve esser provvisto, a che gruppo appartenga il paziente; e scegliere quindi fra i donatori, già noti riguardo al gruppo cui appartengono e riguardo alla reazione di Wassermann, quello adeguato. I secondi più semplicemente, e quando non si abbiano à disposizione sieri dei gruppi II e III, consigliano di determinare caso per caso la eventuale incompatibilità tra il sangue del paziente e quello del donatore proposto.

In New York v'è un gruppo di donatori professionisti che sono stati usati spesso, anche troppo spesso: ciò costituisce un'occasione per osservare l'effetto sul donatore di somministrazioni ripetute di sangue: condizione analoga a quella di emorragie considerevoli ripetentisi di tanto in tanto. Si è notato che dopo pochi giorni compaiono i segni di una anemia secondaria, i quali guariranno completamente purchè si lasci passare un tempo adeguato. Se invece il donatore si sottomette a trasfusioni frequenti e ripetute, l'anemia può divenire intensa. Due donatori presentavano solo il 55 % di Hb nonostante che fossero passate rispettivamente 4 e 8 settimane dalla ultima trasfusione. Uno di essi aveva somministrato sangue in quindici occasioni per 4 anni e mezzo. A causa dell'anemia egli si recò in una casa di salute estiva di montagna, dove, nonostante l'abbondanza di cibo e di aria fresca, dopo 3 mesi non raggiunse che il 67 % di Hb; la percentuale salì a 98 dopo altri 3 mesi (6 dall'ultima trasfusione) nei quali fece iniezioni di ferro e arsenico. L'altro donatore è interessante per dimostrare quanta sia la resistenza dell'organismo a questo riguardo. Egli pesava all'epoca della sua prima trasfusione 175 libbre: 6 anni e mezzo più tardi ne pesava 201. Durante questo periodo egli si prestò a 60 trasfusioni, dando circa 50,000 cc. di sangue (per il quale aveva avuto un compenso di 1700 dollari): egli perciò aveva perduto 10 volte il suo volume totale di sangue. La sua emoglobina, saggiata 9 settimane dopo l'ultima trasfusione, era del 70 %: per il resto era apparentemente in buona salute.

Dopo queste ripetute donazioni risultano alcune modificazioni: una anemia secondaria definitiva che può anche essere intensa: poichilocitosi e anisocitosi in vario grado; non si osservarono mai emazie nucleate; leucociti aumentati a 10-14000 con formula press'a poco normale. L'anemia è probabilmente dovuta al non lasciar passare tra le singole trasfusioni un tempo sufficiente per il ritorno al normale delle emoglobine e delle emazie.

In uno dei casi osservati, però, questa anemia non fu permanente, e il donatore ne guarì: ciò che ha importanza per spiegare il fatto che nell'anemia perniciosa in cui sono necessarie trasfusioni ripetute, un donatore spesso sembra capace di determinare delle remittenze, mentre altri non raggiungono questo scopo.

* * *

Col sangue come con gli altri mezzi terapeutici la quantità somministrata costituisce un fattore importante. Un donatore può fornire tranquillamente 1/4 del suo volume di sangue: quanto ne debba ricevere il paziente dipende da varii fattori. La dose usuale dovrebbe essere per i bambini da 80 a 150 cc., per gli adulti da 800 a 1000: quantità variabile in rapporto al peso del paziente, alle sue condizioni riguardo a cuore e polmoni, e alla malattia.

L'ipertrasfusione si manifesta, nel donatore, con aumento del polso e del respiro, sbadigli ripetuti e sospiri profondi; con la comparsa di tali sintomi la trasfusione deve esser sospesa e allora quelli rapidamente scompaiono. Occasionalmente pallore, sudore, collasso.

Riguardo al paziente, l'ipertrasfusione è più grave. Il malato si lagna di malessere precordiale, dolor di testa, dolore al dorso, alle gambe. Un segno più importante è una tosse breve, acuta, che si ripete continuando la trasfusione. La tosse è indipendente dalla velocità con cui il sangue viene trasfuso. *Non si deve introdurre più di 200 cc. dopo il primo colpo di tosse.* Solo una volta l'A. ha trascurato questa regola somministrando 500 cc. dopo il primo colpo di tosse: è l'unico caso, della sua serie, di ipertrasfusione: si sviluppò edema polmonare che condusse a morte il paziente.

* * *

INDICAZIONI. — Possono raccogliersi in sei gruppi:

1° *Emorragia.* — È il caso in cui la trasfusione costituisce il trattamento ideale, non solo sostituendo il sangue perduto, ma anche arrestando l'emorragia in atto (circa nell'85 % dei casi).

Il risultato è naturalmente più brillante nelle emorragie acute.

2° *Malattie del sangue.* — Nell'anemia secondaria i risultati sono soddisfacenti, purchè sia rimossa la causa.

Nell'anemia perniciosa si hanno effetti superiori a quelli di qualsiasi altra terapia. Spesso la trasfusione è mezzo che salva la vita, determinando l'inizio di una remissione. Non è dimostrato però che se ne possa avere

una guarigione permanente. Tuttavia, con trasfusioni ripetute, si ottengono remissioni, che permettono di prolungare la vita per anni. In tali casi, se è possibile, sarà utilizzato lo stesso donatore. Non sembra che la quantità del sangue abbia eccessiva importanza: spesso hanno avuto miglior effetto piccole trasfusioni. Quando il metodo ha successo, l'aumento nella forza e nell'appetito è impressionante; migliorano l'anemia e i sintomi ad essa legati (dispnea, palpitazione, fatti mentali, ecc.). Se si decide di ripetere la trasfusione perchè la prima non ebbe effetto, deve usarsi un altro donatore: e così di seguito fino a che non si ottiene l'effetto desiderato. Talvolta peraltro anche questo sistema non giova.

L'emofilia non guarisce con la trasfusione: ma durante l'emorragia emofilica, questa è praticamente uno specifico, ottenendo dei successi quando tutti gli altri metodi vengono meno. Perciò non bisogna perdere del tempo utile per tentare di fermare l'emorragia con altri mezzi, poi che abbiamo a disposizione un metodo che ad un tempo provoca l'emostasi e sostituisce il sangue perduto.

Nella porpora emorragica i risultati sono solo discretamente buoni: spesso per arrestare l'emorragia sono necessarie trasfusioni ripetute.

Nella leucemia acuta linfatica si può assicurare un effetto favorevole solo temporaneo, anche facendo uso, previo un largo salasso, di trasfusioni massive da due donatori, anche impiegando trasfusioni ripetute, anche ricorrendo al metodo nei periodi precoci della malattia.

Nelle emorragie del neonato la trasfusione è uno specifico: un bambino quasi dissanguato, neppure capace di gridare, morente, è immediatamente trasformato in un bimbo apparentemente sano, roseo. Come nell'emofilia, il perder tempo con mezzi meno efficaci offre il rischio di perdere la vita del bambino.

Ciò è specialmente vero nei casi di *melaena neonatorum*, che sono i più serî perchè non sappiamo quando l'emorragia insorga e quindi da quanto tempo duri.

3° *Tossiemia.* — Da parecchio tempo si usa la trasfusione in un numero limitato di tipi di tossiemia. È qui che le indicazioni potrebbero essere estese, specialmente nella tossiemia gravidica e in quelle connesse ad infezioni acute, come polmonite e tifo.

4° *Infezioni.* — Nelle infezioni localizzate da piogeni la trasfusione aumenterà la vitalità del paziente e lo aiuterà nella lotta. Nella batteriemia, quando la sorgente dei microrganismi può esser trovata ed eliminata, i risultati sono eccellenti, come nei casi di trombosi del seno successiva a mastoidite, in cui si leghi la giugulare. Nella sepsi puerperale solo una paziente su circa venti guarì; le altre mostrarono dei miglioramenti temporanei.

5° *Shock.* — La trasfusione è talvolta utile: sembra che lo sia tanto più facilmente quanto più è precoce.

6° *Debolezza generale.* — La trasfusione dovrebbe esser praticata come mezzo di rinvigorimento prima delle operazioni: potrebbe così diminuire la mortalità post-operatoria. Negli stati di cachessia, come carcinoma inoperabile e pemfigo, migliorerà le condizioni generali del paziente e prolungherà la vita.

***

CONCLUSIONI. — Si hanno reazioni assai più gravi dopo le trasfusioni con sangue citratato che dopo quelle con sangue inalterato. Ciò è dovuto ad alterazioni nelle cellule del sangue: le piastrine vanno incontro alle prime modificazioni coagulative; il citrato, funzionando da sostanza estranea nociva, rende le emazie più fragili e più facilmente emolizzate: questo risultato non desiderabile acquista speciale importanza nelle malattie emolitiche.

La trasfusione di sangue intiero non alterato è il procedimento di scelta quando il sangue occorra come tessuto. Quindi si richiede, piuttosto, di rifornire una circolazione impoverita con un apporto adeguato, può servire il sangue citratato.

Per la scelta dei donatori è desiderabile un metodo microscopico semplice e rapido, come quelli citati.

Sottrazioni ripetute di sangue possono produrre nel donatore una anemia secondaria intensa, con leucocitosi.

L'eccesso nella trasfusione è messo in evidenza nel paziente da colpi di tosse brevi, acuti: questo segnale ha un'importanza decisiva: l'andar oltre per più che 200 cc. può riuscire fatale.

La trasfusione dà risultati discreti negli stati infettivi e debilitanti; i migliori si hanno nelle tossiemie, nello *shock*, nelle emorragie e nelle malattie del sangue, in cui ha talora il valore di un mezzo che salva la vita.

SEBASTIANI

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

V Congresso Internazionale di Chirurgia.

Il V Congresso Internazionale di Chirurgia si è svolto a Parigi dal 19 al 23 luglio 1920, sotto la presidenza del prof. Keen di Filadelfia. Per l'Italia erano presenti i soci Alessandri, Giordano, Donati, Putti, Baldo Rossi, Cappelli, Gangitano F., Mioni, Solaro, Dominici.

La seduta inaugurale ebbe luogo il 19 luglio nel grande Anfiteatro della Facoltà di Medicina. Dopo il saluto del Governo, portato ai Congressisti dal Ministro della P. I. Honnorat, e brevi discorsi dei proff. Hartmann, presidente del Comitato nazionale francese, Willems, presidente del Comitato Internazionale, e Mayer, segretario generale, pronunciò il discorso inaugurale il professor Keen, trattando della funzione sociale del medico, della sua educazione professionale e morale, del suo coraggio, del suo altruismo.

Seguirono poi le sedute scientifiche.

I TEMA. — *I dati forniti dall'esame del sangue in Chirurgia.*

DEPAGE e GOVAERTS (Bruxelles), relatori. — Si occupano soprattutto delle diagnosi e delle prognosi delle emorragie dedotte dall'esame del sangue e specialmente dalle modificazioni quantitative degli eritrociti e dei leucociti. Danno poi le indicazioni dell'uso delle soluzioni saline sulla persistenza o meno nella circolazione degli eritrociti trasfusi.

GRAHAM (S. Louis), relatore. — Ha studiato l'asfissia dal punto di vista chirurgico: ne espone le varie cause e le deduzioni pratiche che si possono dedurre in rapporto all'anestesia, alle emorragie, alla dilatazione acuta di stomaco, ecc., dallo studio fisiologico e clinico degli effetti dell'asfissia generale e locale.

Alla discussione prendono parte i soci Pengniez di Cannes, che riferisce le sue ricerche sull'importanza pratica dell'esame degli elementi normali del sangue, delle modificazioni fisico-chimiche del siero, dello studio degli elementi anormali; Gibson di New York, che si occupa della leucocitosi nelle infezioni; De Quervain di Bruxelles, che tratta dell'importanza della leucocitosi come elemento di diagnosi differenziale fra emorragie e infezioni peritoneali, ed afferma che alcune emorragie gravi intra-addominali producono una leucocitosi più forte di quella che si ha nella peritonite; Reynés di Marsiglia, il quale mette in evidenza la grande importanza delle ritenzioni azotate nei feriti e negli operati e dei pericoli che esse presentano.

II TEMA. — *Chirurgia del cuore e dei grossi vasi. Trombosi ed embolia - Trasfusione.*

TUFFIER (Parigi), relatore. — *Chirurgia del cuore.* — Ogni ferita recente del cuore deve essere operata. La diagnosi talvolta è molto difficile. I corpi estranei saranno tolti nel 1° intervento se si raggiungono facilmente, secondariamente o tardivamente secondo i disturbi che provocano. Le stenosi valvolari sono state oggetto di tentativi attraverso alle pareti dei grossi vasi. I tumori primitivi del cuore potrebbero essere operabili, ma la clinica non ci permette ancora di precisarli. L'intervento può essere un'*operazione a caldo* seguendo il tragitto di una ferita, una *operazione a freddo* facendo un lembo toracico od un'incisione intercostale. A seconda dei casi si dovrà fare poi una cardiorafia, una cardiotomia, una cardiolisi. Il R. parla infine della rianimazione del cuore e porta una statistica di 68 operazioni con 15 successi.

SENCERT (Strasburgo). — *Chirurgia dei grossi vasi.* — Tratta delle ferite dei vasi, della contusione arteriosa, dello stupore arterioso che ritiene essere non un fenomeno passivo, ma un fenomeno attivo di vasocostrizione; in quanto alla cura operatoria dà le indicazioni della sutura e della legatura arteriosa ed infine si occupa dei risultati lontani delle ferite vascolari, e cioè dell'obliterazione dei vasi, ricordando a tale proposito le recenti interessanti ricerche di Leriche e Policard sull'adattamento funzionale del segmento vascolare compreso fra la legatura e la 1ª collaterale degli aneurismi arteriosi ed artero-venosi. Conclude dicendo che gli insegnamenti della guerra debbono farci tendere sempre più verso una chirurgia riparatrice per quanto è possibile.

GOODMANN (New York), relatore. — Dà anch'egli le indicazioni per la sutura e per la legatura dei vasi sanguigni, e ricorda i vantaggi che si possono ottenere dalla simpaticectomia nello stupore arterioso. Tratta diffusamente della trasfusione e riporta una statistica dei Mayo di 726 trasfusioni con incidenti nel 23 % dei casi se si trattava di anemie perniciose, e solo nel 14 % negli altri casi. Due sole volte gli accidenti terminarono colla morte. Dopo avere esposto le cognizioni che oggi si possiedono sulla chirurgia del cuore e sulla trombosi ed embolia, riporta infine una statistica tratta dai chirurgi alleati di 268 suture vasali con 256 guarigioni, 7 gangrene, 4 morti, e 381 legature con 329 guarigioni, 32 gangrene e 20 morti.

ALESSANDRI (Roma), relatore. — In una estesa e lucida relazione, Alessandri ricorda il contributo portato alla chirurgia del cuore e dei grossi vasi dai chirurgi italiani: tutti sanno che la prima sutura del cuore fu praticata dal Farina di Roma nel 1896, e questo intervento era stato preceduto e preparato da una serie di casi operati pure negli Ospedali di Roma. Tassi, nel 1891, suturò il pericardio; Ferraresi, nel 1898, tamponò con successo una ferita del cuore. Boliva, nel 1895, tentò la sutura. Così pure il Parrozzani di Roma suturò per primo con successo una ferita del ventricolo. Giordano di Napoli, nel 1898, intervenne per la prima volta in una ferita dell'orecchietta sinistra; Ninni di Napoli, nel 1901, sull'orecchietta destra. Ricorda poi il contributo italiano veramente esteso alla casistica di corpi estranei nel cuore, le ricerche sperimentali di italiani (Dominici e Martelli) alla chirurgia dei vasi coronari del cuore, ed infine riferisce quanto oggi si sa sulla infusione di sangue versato nelle

grandi cavità sierose ed i vantaggi che essa può dare; e richiama l'attenzione sull'importanza che potrà acquistare la trasfusione nella cura delle malattie infettive.

JEANBRAU (Montpellier). — Si occupa specialmente delle indicazioni e della tecnica della trasfusione e della ricerca del donatore, per la quale indica un processo molto semplice e che egli ritiene in pratica sufficiente per vedere se esiste agglutinazione fra i due sangui del donatore e del recettore.

Alla discussione prendono parte Delagénière, che precisa, secondo la sua pratica personale, le indicazioni della sutura e della legatura arteriosa; Proust, che si occupa dei disturbi della conducibilità venosa intracardiaci nelle ferite del cuore; Soubbotich, che porta una statistica personale di 173 aneurismi traumatici operati; Picqué, che ha praticato 36 volte la trasfusione con 23 successi in operandi ed in operati (trasfusione preoperatoria, postoperatoria immediata e postoperatoria ritardata); Lenormant, Van Tienhoven, Hallopeau, che portano dei casi personali di chirurgia del cuore e dei vasi; Donati, che riferisce un caso di simpaticectomia periarteriosa per disturbi angioneurotici gravi della mano, seguita da successo.

III TEMA. — *Fratture della coscia.*

SINCLAIR (Netley), relatore. — Espone brevemente i risultati d'una esperienza tratta da un gran numero di osservazioni di guerra: occorre prima la disinfezione meccanica della lesione che egli però crede doversi limitare ad una scheggectomia ultraeconomica, ridurre ed ottenere una immobilizzazione in buona posizione, soprattutto conservando al femore la sua leggera convessità anteriore per evitare delle deformità che ricordano il *genu recurvatum.* Naturalmente vi sono dei casi nei quali il trattamento conservatore non si può fare.

Per l'immobilizzazione e l'estensione si dice partigiano convinto delle stecche di Thomas e di Sinclair.

PATEL (Lione), relatore. — Si occupa soltanto delle fratture chiuse semplici del femore nell'adulto e soprattutto della terapia dandone le varie indicazioni nelle fratture diafisarie, nelle sottotrocanteriche, in quelle del collo, nelle condiloidee, nelle parziali. Il trattamento cruento è nettamente indicato nelle fratture dell'epifisi, i metodi ortopedici nelle diafisarie.

KELLOGG SPEED (Chicago), relatore. — Si dichiara poco intervenzionista e riporta una statistica di 526 casi, nei quali solo nel 10 % trovò le indicazioni ad un intervento.

Alla discussione prendono parte Arnd, che descrive una sua tecnica personale per la riduzione delle fratture con grande accavallamento; Lilienthal, che riporta 3 casi di osteosintesi secondaria per mezzo di placche e viti speciali delle quali dà la descrizione; Putti, che presenta e descrive il suo «osteotono» e rivendica la priorità per il cerchiaggio così detto alla Parham e del quale fu promotore 3 anni prima di Parham; Willems, che presenta delle viti per traumi da porsi direttamente sul frammento distale del femore; Alglave, che riafferma ancora una volta la sua fede nell'osteosintesi che usa fin dal 1911; Sorel, che insiste sull'utilità del cammino precoce e della libertà del ginocchio; Corachan, che riporta i risultati della sua pratica di chirurgia civile; Dominici, che riferisce i risultati ottenuti dai vari metodi di trattamento applicati nelle fratture della coscia da armi da fuoco durante la guerra nella 2ª Amb. Chirurgica Italiana, dà le indicazioni dei vari trattamenti, richiama l'attenzione sulla presenza di aria in queste fratture e sulla sua importanza radiodiagnostica, e sull'uso del drenaggio allo scoperto nella cura delle fratture con infezione purulenta; Hallopeau, che riporta una numerosa statistica di casi trattati coll'osteosintesi, che egli ritiene dovrà diffondersi sempre più nella pratica; Léonté, che presenta un apparecchio personale che riunisce i vantaggi della protesi perduta e quelli dei tutori esterni; Lambotte, che riporta una stitistica personale di 751 fratture della coscia operate con 1 solo morto per polmonite; De Quervain, che presenta un tipo di stecca di Thomas modificata; Walker, che utilizza una «agrafe» speciale composta di 2 metà che si fissano separatamente sopra i frammenti e che si anastomizzano poi con un meccanismo analogo a quello del bottone di Murphy.

IV TEMA. — *La Radiografia in Chirurgia.*

MIONI (Anagni), relatore. — Riassume tutta la storia relativa all'argomento e riferisce poi le osservazioni che ha potuto fare in Roma presso le cliniche chirurgica ed ostetrica. Conclude che i tumori superficiali possono molto spesso essere trattati colla radioterapia quando la loro estensione e la molteplicità rendono impossibile l'exeresi; fra i tumori non cutanei accessibili alla radioterapia occupano un largo postò il cancro della mammella, ed i sarcomi in genere, specialmente i linfosarcomi. La radioterapia dei cancri profondi ha avuto applicazione soprattutto in ginecologia.

Il R. espone infine alcuni particolari di tecnica.

GREENOUGH (Boston), relatore. — Studia le reazioni da parte dei tessuti ai raggi α, β, γ del radium, ai raggi X, alla radiazione secondaria: tenendo conto di vari fattori si possono distinguere 4 principali modi di reazione e cioè: 1º distruzione in massa del tumore; 2º arresto dell'accrescimento del tumore; 3º aumento dell'accrescimento del tumore; 4º modificazione dell'accrescimento del tumore. Sembra che la distruzione in masa si realizzi meglio coi raggi β che con quelli ultrapenetranti. L'aumento dell'accrescimento è generalmente in rapporto coll'uso di dosi deboli. Le modificazioni nell'accrescimento trovano la loro applicazione nel trattamento di alcune lesioni cutanee: papillomi, cheraton, ecc.

REGAUD (Parigi), relatore. — Riferisce da prima sulle basi fondamentali della radioterapia; le radiazioni utilizzate per il trattamento locale del cancro sono i raggi X e i raggi γ dei corpi radioattivi (radium e mesotorium); solo nella radium puntura e nel metodo di Janeway (abbandono nei tessuti di tubi in vetro con emanazione) si usano i raggi β. I vari elementi dei tessuti viventi godono di un diverso grado di radiosensibilità che

è una proprietà esclusiva del nucleo cellulare: con dosi sufficienti le cellule neoplasiche vengono uccise, con dosi minori sono colpite nella loro discendenza, con dosi insufficienti sono inibite temporaneamente, con dosi deboli sono forse eccitate.

Il R. passa poi a trattare dei metodi e delle indicazioni terapeutiche della radioterapia: alcuni tumori maligni anche operabili non debbono più essere operati, perchè facilmente guariscono colla radioterapia: epiteliomi basocellulari, linfosarcomi, sarcomi a cellule rotonde; altri invece sono refrattari: epiteliomi spino-cellulari, fibrosarcomi, sarcomi osteoidi. Nei tumori maligni inoperabili non sempre la radioterapia è indicata, perchè vi sono controindicazioni date dalle condizioni generali, dalla sede del tumore, dalla sua estensione, da complicazioni locali. Finalmente vi sono dei casi nei quali è indicato associare la radioterapia all'intervento chirurgico prima o dopo l'operazione. Il R. termina con un'estesa discussione sui principî generali di tecnica e la scelta dell'agente e del processo di applicazione.

FINZI (Londra), relatore. — Nel trattamento dei tumori maligni si possono avere quattro scopi principali: 1° Impedire l'inoculazione di cellule neoplasiche in una ferita coll'irradiazione preoperatoria. 2° Distruzione del tumore o della recidiva. 3° Cura del dolore. 4° Rendere operabili tumori che non lo sono più. I linfosarcomi e l'*ulcus rodens* della pelle debbono esser trattati unicamente coll'irradiazione; gli endoteliomi, i cancroidi cutanei, gli epiteliomi delle labbra e della lingua (forma vegetante), del pene, del corpo uterino possono essere indifferentemente trattati colle radiazioni e coll'exeresi chirurgica: gli epiteliomi delle mammelle, del retto, dell'ovaia, della tonsilla, del laringe, della pelle, dell'ano, i sarcomi alveolari, i melanosarcomi, i gliomi, gl'ipernefromi devono essere trattati chirurgicamente e poi a scopo profilattico colla radioterapia; nell'epitelioma della lingua (forma infiltrata) e della vulva la radioterapia è controindicata. Meno che in questi ultimi, in tutti gli altri tumori quando sono inoperabili la radioterapia è indicata.

Alla discussione prendono parte Béclère che insiste sulla necessità di una stretta collaborazione fra la chirurgia e la radioterapia, Abbe e Coley che portano dei casi personali, De Quervain che è contrario all'irradiazione preoperatoria perchè può disturbare la cicatrizzazione, Regaud che contrariamente a Finzi crede radiotrattabili tutti gli epiteliomi della lingua, Hartmann che porta il contributo dei resultati ottenuti nella sua clinica in collaborazione con Maingot e M.me Fabre, Froziers che riporta una statistica di 24 casi di tumori cerebrali trattati col radium.

V TEMA. — *Profilassi e terapia del tetano.*

CUMMINS (Londra), relatore. — Riferisce sopra i casi di tetano osservati nell'esercito inglese dal 1914 al novembre 1918 e ne deduce l'importanza della sieroterapia preventiva, mentre che dal punto di vista curativo la sieroterapia è più discutibile. Tuttavia conviene tentarla, il più precocemente possibile e per via rachidea nei primi giorni e poi per via intramuscolare e sottocutanea.

SIEUR (ispettore dell'esercito francese), relatore. — Insiste sull'importanza del trattamento della ferita a scopo profilattico (sterilizzazione meccanica). A questa deve essere unita la sieroterapia preventiva che il Sieur dimostra non essere inutile, raramente del tutto inefficace. A scopo curativo la sieroterapia è meno efficace: ma si deve pure tentare per via rachidea.

DONATI (Modena), relatore. — In un esteso e completo rapporto tratta della profilassi e della terapia del tetano. La profilassi deve essere generale e specifica. La generale deve essere antibatterica e chirurgica e consiste nel trattamento locale della ferita del quale espone i particolari. La profilassi specifica consiste nelle iniezioni di siero antitetanico: qualche volta questa può riuscire incompleta ed aversi un tetano ritardato, qualche volta può essere insufficiente ed aversi dei tetani tardivi. La vaccinazione antitetanica fatta sull'uomo da Vallée e Bary deve essere ancora studiata. In quanto alla cura del tetano non abbiamo un trattamento specifico veramente efficace ed è quindi necessario associare differenti metodi terapeutici: 1° trattamento locale chirurgico o d'altra specie; 2° terapia antitossica specifica (sieroterapia) e non specifica (iniezioni di ac. fenico alla Baccelli, di persolfato di sodio, di iodio, ecc.); 3° terapia sedativa (bromuri, morfina, cloralio, narcosi, solfato di magnesio per via rachidea); 4° terapia sintomatica (sostenere le forze, ed eventualmente tracheotemia, frenicotomia bilaterale, anestesia dei frenici, epicistotomia, gastrotomia).

ASHHURST (Filadelfia), relatore. — Dopo avere esaminato la patogenesi del tetano tratta della profilassi indicando particolarmente la tecnica della sieroterapia preventiva, e poi della cura, che deve consistere nella soppressione del focolaio di elaborazione delle tossine, nella neutralizzazione delle tossine già formate (sieroterapia per via rachidea o intravenosa o sottocutanea), nella somministrazione di un medicamento depressivo del midollo (cloralio), e in cure generali.

Alla discussione prendono parte Potherat che insiste sull'importanza del trattamento locale del focolaio sia a scopo profilattico, sia a scopo curativo e Arnd il quale da 15 anni pratica sistematicamente la sieroterapia profilattica e tuttavia ha osservato tre casi di tetano nei quali l'autopsia dimostrò sempre una detersione insufficiente del focolaio traumatico e la persistenza di un piccolo corpo estraneo.

Nell'assemblea generale fu deciso che il prossimo Congresso Internazionale di Chirurgia si riunirà nel luglio 1923 in Inghilterra, e ne fu nominato presidente Sir William Macewen. I temi che saranno posti in discussione in questo Congresso sono:

1° *Sieroterapia e vaccinoterapia delle infezioni chirurgiche* (eccettuato il tetano).

2° *Artroplastiche.*

3° *Chirurgia delle glandole endocrine* (eccettuata la tiroide).

4° *Risultati lontani degli interventi per lesioni traumatiche dei nervi.*

L. D.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

DIAGNOSTICA.

Tabelle per diagnosi differenziale.

PLEURITE CON VERSAMENTO.	POLMONITE LOBARE.
Inizio con piccoli brividi che durano per qualche giorno.	Inizio acuto, con brivido intenso, che dura un'ora o più.
Tosse stizzosa, senza espettorato, oppure con espettorato catarrale.	Tosse più marcata, accompagnata da espettorazione tenace, rugginosa o sanguinolenta.
Esame dello sputo negativo: raramente si riscontrano bacilli tubercolari.	Presenza nello sputo di densi cumuli di pneumococchi.
Febbre moderata a tipo continuo, che cade per lisi.	Febbre elevata (39°-40°) che cade per crisi.
Prostrazione moderata.	Prostrazione estrema.
Distensione unilaterale del torace.	Manca.
Aspetto pallido ed ansioso.	Pomelli delle guance colorati in rosso-mogano.
Espansione limitata alla base del torace dal lato affetto.	Espansione poco o punto limitata.
Fremito vocale tattile diminuito od assente.	Fremito aumentato sull'area di consolidamento.
Spazi intercostali convessi alla base del torace.	Manca tale segno.
Percussione: smorzamento e sensazione di resistenza al dito che fa da plessimetro.	Ottusità, con minore resistenza: talora risonanza timpanica.
Rumori respiratori diminuiti od aboliti sull'area di versamento: murmure diffuso, distante, accompagnato da rantoli. Può esservi soffio bronchiale su tutto il lato affetto.	Respiro bronchiale aspro e presenza di rantoli al primo e terzo stadio, a meno che un bronco non sia ostruito.
Rumori di sfregamento nello stadio iniziale e nel terminale.	Non rumore di sfregamento: presenza di rantoli.

(Dal *Medical Record*). *l. b.*

CASISTICA E TERAPIA.

La scarlattina maligna emorragica.

La malattie infettive esantematiche possono assumere, in determinate circostanze, forme che deviano dal tipo comune, ed accompagnarsi ad emorragie nella cute e negli organi: frequente è tale forma emorragica nel vaiuolo, più rara invece nella scarlattina e nel morbillo.

Tralasciando le forme tardive, che possono considerarsi come complicazioni G. Tron (*Rivista di Clin. pediatrica*, luglio 1920) considera le manifestazioni emorragiche precoci, che accompagnano l'insorgere dell'esantema; non rientrano in questa categoria le piccole emorragie circoscritte e limitate, sulla cute e sulle mucose, che si osservano *senza fenomeni generali gravi*, probabilmente in conseguenza di una fragilità vasale dell'individuo ed hanno il significato di una lesione locale.

La forma emorragica vera e propria è assai rara: nell'ospedale per i contagiosi di Milano si riscontrò 4 volte su 5000 casi di scarlattina. In essa si manifestano, fin dall'inizio, emorragie nella cute e nelle mucose, che possono andare da piccole ecchimosi, da petecchie di varia dimensione, a macchie più estese, a vaste suffusioni sanguigne ed accompagnarsi ad epistassi, emoftoe, gastrorragie, enterorragie, metrorragie, ematurie, della massima intensità. Non mancano nel quadro gravi sintomi generali, spesso nervosi: l'esito letale è il più frequente. La scarlattina emorragica sta a quella semplice come la porpora vaiuolosa sta al vaiuolo pustoloso e rappresenta la modalità più severa dell'infezione scarlattinosa, che si potrebbe, per analogia, chiamare porpora scarlattinosa.

Gli ammalati si presentano con un eritema scarlatto diffuso a tutto il corpo, la maschera scarlattinosa è accentuata, numerose petecchie di varie dimensioni si osservano in tutto il corpo; talvolta tutta la cute è talmente suffusa di sangue da dare all'ammalato l'aspetto di un negro. Oltre alle emorragie dalle cavità naturali se ne osservano di sottocutanee, in seguito all'iniezione di medicamenti.

La diagnosi, di solito, non offre difficoltà, quando se ne eccettui il vaiuolo emorragico, dal quale si distingue, tenendo presente la relazione con altri casi di scarlattina, la eventuale recente vaccinazione antivaiolosa, e specialmente il modo di insorgere ed il comportamento della temperatura e dei disturbi soggettivi nel giorno della comparsa dell'esantema:

è noto, difatti, che uno dei sintomi più costanti del vaiuolo è appunto l'abbassamento della temperatura e l'attenuazione dei disturbi subbiettivi, all'apparire dell'esantema. I caratteri di questo, poi, porteranno molta luce nei casi dubbi.

Incerta è l'eziologia di questa forma, anche per l'oscurità che regna sull'eziologia della scarlattina stessa: può ritenersi che si tratti di maggior virulenza di quest'ultima o di associazione microbica: in 3 casi dell'A. si sono trovati cocchi, fra cui in un caso lo streptococco.

L'anatomia patologica non offre nulla di caratteristico, tranne le emorragie e le suffusioni sanguigne.

La prognosi è per lo più funesta, o per lo meno assai severa. La terapia è puramente sintomatica: contro lo stato emorragico sono consigliabili i sali di calcio, la gelatina, il siero di cavallo, l'ergotina, che talvolta possono dare buoni risultati.

fil.

Stimmate nei bambini predisposti alla tubercolosi ossea e articolare.

W. C. RIVERS (*The Brit. Journ. of children's Diseases*, aprile 1920) rileva le seguenti stimmate a carico della pelle nei bambini predisposti alla tubercolosi ossea e articolare.

Nei bambini predisposti alla tubercolosi ossea e articolare la pelle:

1° Presenta un pallore speciale e una grande delicatezza. I rapporti reciproci tra queste particolarità della pelle e la disposizione all'infezione tubercolare si possono interpretare in varî modi: *a*) le caratteristiche cutanee sono parte dell'*habitus phitisicus* e sarebbe specialmente una conseguenza dell'ipoplasia cardio-vascolare; *b*) esse possono essere soltanto un segno di debolezza costituzionale, dalla quale dipende la predisposizione alla tubercolosi; *c*) il fatto che la pelle è tenue e delicata rende più facile la penetrazione attraverso di essa ai bacilli tubercolari diffusi nell'ambiente.

2° Con relativa frequenza si nota nei bambini predisposti alle dette forme tubercolari, l'ittiosi. Anche qui è probabile una facilitata penetrazione di bacilli attraverso le lesioni cutanee.

3° La pelle si pigmenta con estrema difficoltà sotto l'influenza dei raggi solari; vi è forte tendenza alla formazione di lentiggine.

Queste particolarità della pelle sono tutte anteriori all'infezione tubercolare.

POLLITZER.

Le iniezioni di etere nella cura della pertosse.

Fin dal 1914 Andrain ha messo in evidenza la benefica influenza delle iniezioni di etere nelle malattie infettive. Dall'impiego dell'etere si son tratti notevoli vantaggi nel trattamento della bronco-polmonite, del morbillo, della scarlattina, ma è sopratutto la pertosse quella che risente maggiormente gli effetti di tale cura.

Dopo Andrain la cura della pertosse mediante iniezioni di etere è stata tentata da molti altri autori (Renard, Deherripon, Dalché, Variot, Weil, Courcoux, ecc.), i quali ne hanno tutti constatato la efficacia. Tanto che attualmente pare che le iniezioni intramuscolari di etere costituiscono il trattamento più vantaggioso per la pertosse.

In conformità della pratica seguita dai promotori del metodo, le iniezioni si fanno nella parte muscolosa più spessa della regione glutea più verso la cresta iliaca che verso il gran trocantere. Per ragazzi di età inferiore bastano iniezioni di un cmc. di etere a giorni alterni; per individui di età maggiore si raddoppia la dose.

Gli effetti sono talvolta tanto pronti che non è necessario andare oltre la terza iniezione. Gli accessi di tosse diminuiscono rapidamente di frequenza e di intensità.

Le iniezioni di etere avrebbero anche un'influenza curativa e profilattica sulle complicanze bronco-pulmonari. (*La Presse Médicale*, 1920, n. 53).

dr.

Trattamento dei disturbi digestivi durante l'allattamento artificiale.

Rousseau Saint-Philippe (*Journ. de Méd. de Bordeaux*, 25 giugno 1920) consiglia l'ipecacuana, che è capace di agire ad un tempo sui succhi digestivi e sui germi causa di fermentazione e putrefazione. Consiglia di somministrarla in forma di tintura: nei primi tre mesi, una goccia, prima di ogni pasto (6-7 al giorno) in un cucchiaino d'acqua zuccherata: dopo i tre mesi, dare 3 goccie, quattro volte al giorno, e verso la svezzamento fino a 5 goccie, quattro volte al giorno.

Si osserva, con l'uso di tale medicamento, la trasformazione dell'aspetto delle feci, che diventano più gialle, la diminuzione e la scomparsa del meteorismo e della costipazione, la scomparsa dell'odore ammoniacale, dell'indolo e scatolo dell'urina, l'aumento dell'appetito e del peso.

Durante i mesi caldi è opportuno usare il rimedio come preventivo. Se, ciò non ostante, si manifestassero la diarrea e l'entero-colite,

si sopprime il latte, si ricorre alla dieta idrica e si forza la dose, arrivando anche a quaranta e cinquanta gocce al giorno.

Le nausee ed i vomiti sono rari anche con tali dosi alte, specialmente se, subito dopo la somministrazione, si evita di dare a bere al bambino.

fil.

Trattamento dell'osteomielite acuta.

L'evoluzione dell'osteomielite acuta comprende due stadi: nel primo si hanno fenomeni generali, che possono anche terminare con la morte, prima che si manifesti qualsiasi localizzazione. Nel secondo stadio, con ipertermia (39°.5-41°), prostrazione di forze, albuminuria, epistassi, si osserva in un punto determinato una specie di infiltrazione edematosa, che si va poi meglio limitando. Spesso si rimane perplessi sulla convenienza di intervenire chirurgicamente, tanto più quando il processo è in vicinanza di un'articolazione e non si può escludere con certezza la diagnosi di artrite suppurata.

Vignard (*Presse médicale*, 1919, n. 50) ritiene che in molti casi si possa limitarsi alla cura sintomatica, tanto più che l'intervento rapido non sempre è coronato da successo.

Più conveniente è invece il provocare un ascesso di fissazione, che è affatto innocuo e può dare buoni risultati, quando si è incerti sull'esatta localizzazione e si è in presenza di violenti fenomeni tossici.

L'ascesso si provoca con iniezioni di 2-3 cmc. di trementina, favorendo poi con compresse calde l'evoluzione del processo di suppurazione.

L'iniezione può ripetersi un paio di volte, a distanza di 24 ore, se non ha provocato nè pastosità, nè dolore ed arrossamento.

r. s.

Cura dell'emofilia infantile col siero materno.

I. Chahier (*Rev. de Médecine*, 1920, pag. 522) in un ragazzo con artriti croniche ed anemia grave, fece diagnosi di emofilia, in seguito all'esame del sangue, che non coagulava nel tempo normale. Riuscita vana la cura con iniezioni di adrenalina e di peptone, praticò iniezioni endovenose (11 in 8 mesi) di 25-40 cmc. di siero della madre del paziente. Non fu notata alcuna reazione. Si osservarono notevoli miglioramenti, in quanto che gli attacchi di gonfiore alle articolazioni diminuirono di frequenza e poi cessarono: ritornarono l'appetito e le forze, diminuì l'anemia.

r. s.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1218) *La cura della sciatica.* — Al dott. E. P. da B.:

La cura della nevralgia dello sciatico non è ancora bene stabilita. Sono da tentarsi le cure termali, le cure fisiche (massaggi, elettricità), le cure farmacologiche (iniezioni di iodio e di acido fenico in prossimità del nervo); nei casi più gravi e più persistenti si è ricorso allo stiramento del nervo.

Non si sa quali metodi si praticano nelle case di cui ella fa cenno: si tratta di segreti, e come tali hanno probabilmente del ciarlatanesco.

dr.

(1219) All'abb. n. 461:

La *legislazione sanitaria* sino al 1913 si trova nella pubblicazione del Ministero dell'Interno, Direzione generale della Sanità Pubblica: « Raccolta sistematica delle Leggi, Regolamenti ed altre disposizioni sulla Sanità pubblica, in vigore a tutto il 31 dicembre 1912 ».

Per gli anni successivi bisogna ricorrere alla *Gazzetta Ufficiale*. Chi deve seguire l'attuale caotica legislazione, in qualunque ramo, troverà utile la « Collezione celerifera delle Leggi, Decreti, Istruzioni e Circolari », diretta dall'avv. Scacchi, edita dalla Stamperia Reale di Roma, Via del Moretto 7. (Abbonamento annuo L. 20).

g. s.

(1220) All'abb. n. 7839:

Una descrizione del metodo Pusey si trova nel lavoro del. Dalla Favera in *Giorn. it. delle malattie veneree e della pelle*, 1911, pag. 292. Cfr. pure Giuliani, *ibid.*, 1912, p. 185, e Garzella, *ibid.*, 1920, p. 545.

V. M.

(1221) All'abb. n. 6737:

Sulle *malattie respiratorie* consigliamo la semejotica, malattie dei bronchi e polmoni, tubercolosi polmonare del Trattato di Brouardel e Gilbert (Trad. it. Soc. Tip. Edit. Tor.), oppure il vol. II, parte 1ª, del moderno trattato del Mohr e Staehlin. (Traduz. Soc. ediz. libr. milanese).

t. p.

(1222) All'abb. n. 1179:

Per una trattazione pratica sulla cura della balbuzie, si veggano:

A. Sala, Cura della balbuzie e dei difetti della pronunzia, nella collezione dei Manuali Hoepli.

G. De Parrel, Précis d'anacousie vocale et de la biologie; Paris, Maloine, 1917.

g. b.

CENNI BIBLIOGRAFICI

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

A. PENNISI: *Trapianti di tessuto adiposo a scopo chirurgico* (p. 416 in-8 gr. con cinque tavole). — Tipogr. Operaia Rom. Coop.

L'A. fa una buona rivendicazione della fama del tessuto adiposo, dimostrando come non tutte le diffidenze dei chirurgi a suo riguardo, siano giustificate.

Una tecnica corretta rende preziosi i servigi che esso ci può dare in chirurgia. Il volume è diviso in 3 parti: nella prima si parla dei trapianti in generale e dopo un'accurata esposizione delle nozioni attuali di anatomia, fisiologia, istologia normale e patologica del tessuto adiposo, viene minutamente esposta la storia del trapianto adiposo, che non ha più di un ventennio di esistenza.

La seconda parte è quella che ha uno svolgimento più ampio e che si legge con interesse sempre crescente.

Con mirabile precisione e chiarezza l'A. espone tutti gli usi più svariati pei quali si ricorse al trapianto di tessuto adiposo e dalle applicazioni cosmetiche a quelle delle protesi oculari, di riparazioni di brecce durali e cerebrali, di organi parenchimatosi addominali, di cavità ossee, di articolazioni, ai trapianti protettivi nelle neuro e tendinolisi, ai trapianti nella collassoterapia polmonare e nelle grandi cavità empiematiche, tutte le risorse geniali, ingegnose e qualche volta anche strane dei più reputati chirurgi ci passano davanti in un'esposizione piana ed efficace, che non è ultimo pregio del libro.

Per ciascuna delle applicazioni l'A. fa un vero capitolo di patologia clinica e sperimentale. Egli ci dà non solo le indicazioni più opportune, ma ci espone la tecnica generale e ci suggerisce quella preferibile; studia, quando il caso lo merita, l'argomento dal punto di vista anatomo-patologico, istologico e clinico, confortandolo con numerose prove sperimentali e minuziose ricerche personali. Le indagini dell'A. costituiscono anzi una parte considerevole del volume e mostrano con quanto amore e con quanta competenza egli ha studiato l'argomento.

Opera veramente commendevole ha fatto poi il Pennisi raccogliendo una ricca messe di osservazioni cliniche inedite, che forse sarebbero andate disperse e obliate.

La terza parte del volume è dedicata alle considerazioni e conclusioni generali. Degno di speciale rilievo è il paragrafo che descrive il destino del trapianto nei tessuti ospiti: si tratta di uno studio clinico, anatomo-patologico ed istologico meritevole d'encomio.

A questo l'A. fa seguire delle savie considerazioni, concludendo con un ammonimento, che riportiamo perchè vorremmo bene impresso nella mente di ogni chirurgo: «*Soltanto se adoperato con esatto discernimento clinico e buon senso, il trapianto potrà sempre meglio contribuire al reale progresso della tecnica chirurgica*».

Chiude il bel volume, che è anche stampato in veste nitida ed elegante, una serie di tavole, che riproducono ottime ricerche e preparazioni istologiche.

Ma l'argomento dei trapianti non è così esaurito, è molto vasto e molto interessante: ci auguriamo pertanto che l'A., che ha così ben cominciato, non si fermi ed a questo primo studio altri ne faccia seguire non meno importanti.

T. FERRETTI.

Prof. ROSARIO CASCINO: *Chirurgia del grosso intestino*. Un vol. in-8 gr. di pag. 600. — Modica, Stab. Tip. G. Maltese Abela, 1919.

Di questo libro ci limitiamo a riportare la prefazione dettata dall'insigne prof. Parlavecchio:

Questa monografia, che ha riscosso i più sentiti e lusinghieri elogi della Commissione giudicatrice della docenza dell'A., merita veramente di essere segnalata all'attenzione degli studiosi perchè tratta il vasto e difficile argomento in maniera esauriente da tutti i punti di vista. In essa la materia è classificata con rigore scientifico e svolta con chiarezza, precisione e padronanza assoluta quale era da attendersi da un chirurgo provetto come il Cascino.

Pregio notevole del lavoro è la rivendicazione in esso fatta della priorità e del valore dei contributi italiani, così spesso disconosciuti dagli stranieri e talora pur troppo dai nostri connazionali.

Oltre alla trattazione accurata ed esauriente del dottrinario comune, la monografia contiene un importante contributo sperimentale, sui risultati del quale il Cascino basa la proposta di un metodo operatorio personale riguardante la tecnica della esclusione dell'intestino.

Una bibliografia completa chiude ogni parte del volume, il cui pregio è notevolmente accresciuto da una ricca documentazione iconografica, in parte originale.

Al libro del Cascino, segno confortante dello attuale risveglio della produzione originale italiana di Trattati e Monografie, destinati a liberarci dalla invasione di opere straniere, auguro la fortuna cui ha diritto pei suoi meriti intrinseci.

L. P.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

V Congresso degli Ordini dei Medici.

Nei giorni 25-26-27 novembre 1920 sono convocate in Roma (Foro Traiano, n. 1 - Sede dell'Ordine dei Medici) le Rappresentanze degli Ordini d'Italia. Il Congresso si inaugurerà alle ore 10 del 25 novembre per discutere e deliberare sul seguente Ordine del giorno:

1. Nomina dell'Ufficio di Presidenza.

2. Nomina della Commissione per la verifica dei poteri.

3. Relazione morale.

4. Resoconto finanziario - Bilancio consuntivo e preventivo.

5. *a)* Rendiconto finanziario della sottoscrizione per la Borsa di studio in onore del dott. Paolucci (dott. Ballerini, vice-presidente federale); *b)* Rendiconto della sottoscrizione per i danni della guerra e dei sussidi distribuiti - Erogazione dei fondi residui (Giunta Esecutiva della Federazione).

6. Onoranze ai Medici caduti in guerra (Silvagni - Zambler).

7. Modificazioni dello Statuto federale (Consiglio federale - Ordine di Torino).

8. Legge e Regolamento sugli Ordini sanitari:

a) Modificazione alla legge e al Regolamento sugli Ordini sanitari (Ordine di Genova - Ordine di Porto Maurizio); *b)* Azione concorde degli Ordini per ottenere dal Governo le richieste modificazioni della legge sugli Ordini sanitari (Ordine di Palermo); *c)* Protesta per la mancata modificazione alla legge sugli Ordini sanitari (Ordine di Torino); *d)* Aumento del numero dei componenti di ciascun Consiglio dell'Ordine in proporzione del numero degli iscritti nel rispettivo Albo (Ordine di Napoli); *e)* Condotta da tenersi dagli Ordini verso i Medici morosi o non iscritti negli Ordini, per quanto esercenti la professione, riuscendo sempre frustranee le debite pratiche che vengono esperite secondo le vigenti disposizioni regolamentari (Ordine di Milano); *f)* Del tipo migliore e più economico per la compilazione dell'Albo dell'Ordine (dott. Pugliese - Segretario dell'Ordine di Venezia); *g)* Inscrizione dei Chirurghi dentisti nei rispettivi Albi provinciali (Ordine di Napoli); *h)* Sulla iscrizione dei Chirurghi dentisti e dei Meccanici dentisti abilitati nell'Albo dell'Ordine dei Medici (Ordine di Torino).

9. Inchiesta sulle abilitazioni all'esercizio dell'Odontoiatria concesse da R. Università a meccanici dentisti dopo il termine fissato dalle disposizioni transitorie della legge 31 marzo 1912, n. 298, sull'esercizio sull'Odontoiatria (Ordine di Torino).

10. Inscrizione dei medici stranieri negli Albi degli Ordini e loro esercizio in Italia (Ordine di Porto Maurizio - Giunta federale).

11. *a)* Tariffe giudiziarie (Giunta federale); *b)* Protesta per la mancata riforma delle tariffe per le perizie e prestazioni medico-legali (Ordine di Torino).

12. Infortuni industriali ed agricoli: *a)* Modificazione alla tariffa pei certificati degli Infortuni sul lavoro. Proposte e metodi per conseguirle (Ordine di Pisa); *b)* Infortuni agricoli (Ordine di Ferrara); *c)* Protesta per la mancata riforma della legge sugli Infortuni agricoli, nella parte riguardante l'onorario del medico (Ordine di Torino).

13. *a)* Assicurazione obbligatoria contro le malattie (Federazione); *b)* La posizione morale e materiale del medico nel progettato regime assicuratorio globale (Ordine di Firenze).

14. *a)* Per la costituzione di un Sindacato medico italiano (Ordine di Torino); *b)* La Federazione degli Ordini di fronte ai Sindacati medici (Ordine di Livorno).

15. Necessità che tutti gli Ordini dei Medici adottino un contratto-tipo che regoli i rapporti generici fra medici ed aziende private (Stabilimenti di cura, Stabilimenti industriali, Società di M. S., di assicurazione, ecc.) (Ordine di Padova).

16. Il compenso dovuto al medico e la tutela della legge (dott. Braccini, consigliere federale).

17. Dato il continuo rincaro della vita nel nostro Paese, se non sia opportuno che la Federazione intervenga a dare norma a tutti gli Ordini per le necessarie modifiche alle attuali tariffe (Ordine di Milano).

18. Voti di partecipazione delle Organizzazioni sanitarie nell'istituendo Consiglio tecnico a fianco del Parlamento, secondo il progetto dell'attuale Ministero del Lavoro (Ordine di Milano).

19. Necessità di un provvedimento a favore dei medici condotti pensionati dalla Cassa di Previdenza e che non hanno ancora avuta alcuna indennità caro-viveri (Ordini di Padova e Rovigo).

20. Miglioramenti economici per i medici della Questura e delle Carceri (Ordine di Napoli).

21. Provvedimenti a tutela degli interessi morali degli Ufficiali medici della Croce Rossa Italiana (Ordine di Torino).

22. Limitazione delle ore di lavoro per i medici condotti (Ordine di Lucca).

23. Necessità che i Comuni provvedano all'abitazione per i sanitari da loro dipendenti (Ordine di Lucca).

24. Cassa di mutuo soccorso fra i medici non condotti (Ordine di Ancona).

25. Casa di riposo per i medici (Ordine di Roma).

26. Azione degli Ordini di fronte alle diffide dei concorsi per le condotte mediche (Ordine di Bologna).

27. Laurea in Medicina ed Esame di Stato (Ordine di Torino).

28. Per la istituzione presso le Facoltà mediche italiane di corsi ed esami speciali per ottenere il titolo di specialista in una branca ben definita dalla Medicina (Ordine di Torino).

29. Sulla opportunità di resistenza contro la disposizione ministeriale che istituisce l'accoglienza, a pagamento, degli agiati nelle Cliniche universitarie (Ordine di Milano).

30. Sulle questioni di carattere ospitaliero proposte dall'Ordine di Cremona (dott. Ballerini, vice-presidente).

31. Azione della Federazione e dei singoli Ordini medici per il disciplnamento delle *réclames* professionali (Ordine di Torino).

32. Azione della Federazione e dei singoli Ordini medici contro le *réclames* farmaceutiche ciarlatanesche (Ordine di Torino).

33. Provvedimenti contro i crumiri al boicottato concorso a Medici Provinciali aggiunti e contro il crumiraggio in genere (Ordine di Porto Maurizio).

34. Tariffe telefoniche di favore pei medici (Ordine di Genova - Porto Maurizio).

35. Concessioni speciali ai medici per la tassa sugli autoveicoli (Ordine di Porto Maurizio).

36. Elezioni parziali del Consiglio federale (articolo 2, comma 7° dello Statuto federale).

37. Nomina dei Revisori dei conti per il prossimo esercizio finanziario.

38. Eventuali.

MEDICINA SOCIALE.

Il dispensario profilattico comunale di Roma.

Il *Policlinico* ha già dato notizia, nello scorso fascicolo, dell'inaugurazione ufficiale dei nuovi locali adibiti all'Ufficio d'Igiene di Roma. Ha accennato alle principali e più importanti Istituzioni raccolte nei detti locali.

Stimiamo utile e quasi doveroso, per i medici e per il pubblico, di soffermarci ora, con qualche maggiore particolare, su quella parte del nuovo edificio che è stata adibita al Dispensario profilattico.

Quest'opera, che investe ormai tutto il problema pratico della lotta antitubercolare, esigeva, in Roma, una radicale trasformazione, poichè mal rispondeva, per la sua angustia, alle esigenze della città e ai compiti essenziali di un Dispensario moderno, quello istituito, parecchi anni or sono, in Via dei Rutoli, presso il Quartiere Tiburtino. Fu perciò saggia ed opportuna iniziativa dell'Assessore prof. Marchiafava il provvedere perchè esso avesse sede conveniente nell'Ufficio d'Igiene e fosse provvisto di quanto era necessario per il suo completo funzionamento.

Il prof. Gualdi, Direttore dell'Ufficio d'Igiene, insieme ad uno dei più valorosi Ingegneri del nostro Municipio, contribuirono attivamente alla completa e perfetta riuscita di quella iniziativa, che il prof. Marchiafava guidava ed animava colla sua fede tenace di apostolo e colla luce della sua scienza. In poco tempo il modesto Dispensario di Via dei Rutoli, che pur nella deficienza dei suoi mezzi seppe adempiere lodevolmente al suo Ufficio, è diventato il grande Istituto Antitubercolare di Via Galilei.

Esso nulla ha da invidiare alle Opere del genere esistenti nei principali centri d'Europa, tanto è perfetta la sua organizzazione, sapiente la disposizione dei suoi locali, completo, nella sua semplicità ed eleganza, l'arredamento.

Abbiamo infatti ammirato ambienti spaziosi, pieni di luce, di aria e di gaiezza: dalla sala di aspetto per il pubblico a quella per le indagini anamnestiche, per visite mediche e chirurgiche, per operazioni e medicature, per esami microscopici e accertamenti radiologici, per compilazione di statistiche e relativo casellario, per la scuola delle infermiere visitatrici e per conferenze di propaganda.

Suggestiva fu giudicata l'esposizione delle Tavole riguardanti la morbilità e mortalità della tubercolosi in Roma, delle carte murali significanti le zone cittadine più colpite dalla malattia e corrispondenti alla maggiore densità della popolazione, nonchè alle condizioni economiche sue più disagiate; delle grafiche indicanti il movimento giornaliero e ascensionale del Dispensario, prova della crescente e progressiva fiducia pubblica; delle leggende di educazione igienica per ogni dove visibili. Tutto l'Istituto ha intorno a sè come un'atmosfera di conforto, di pace, di operosità serena, di apostolato pratico e sentito, che poteva crearsi soltanto con una direzione di fede e di sapere.

Completano questa superba opera sociale il Reparto elioterapico per le forme chirurgiche della tubercolosi e per i piccoli predisposti; la magnifica sala di soggiorno, un vero modello, e quella per la refezione dei bambini, ammirabile nella sua semplice signorilità.

Vigilanza costante, affettuosa ed educativa presiede a questi importantissimi servizi accessorî, che formano, nel loro insieme, il Sanatorio diurno infantile, opera collaterale integratrice delle complesse ed alte funzioni di un Dispensario.

Questo Istituto, così elogiato in tutti i suoi minuti dettagli da quanti lo hanno visitato, se è titolo di grande benemerenza per coloro che ne vollero la costruzione e ne ispirarono l'indirizzo, è pure ragione di legittimo orgoglio per la persona che vi ha trasfuso tutta l'anima propria. Il professor Carlo Benedetti, che ne è l'infanticabile Direttore, ha fatto di questo Dispensario il tempio dei suoi studi, l'organo del suo sentimento e della sua illuminata filantropia.

Ben disse il Sindaco che per Istituzioni di tal genere occorre sopratutto la fiamma animatrice, la fiamma dell'apostolo. E tale veramente si dimostra il prof. Benedetti nella lotta antitubercolare cittadina, che egli, giorno per giorno, combatte attraverso il multiforme lavoro del suo Dispensario, dedicandovi il meglio del suo tempo, delle sue energie, del suo intelletto e l'infinita bontà del suo cuore.

Io vorrei che di tale Istituzione si rendesse miglior conto la generalità del pubblico e specialmente la classe proletaria, per conoscere con quanta cura e quanto amore si provvede alla sua redenzione fisica.

Chi sa che, in mezzo a tante prove di solidarietà umana, che si esplicano ogni giorno attraverso innumerevoli provvidenze sociali di cui si avvantaggiano, a preferenza, i *meno privilegiati*, non cadrebbero tante ingiustificate prevenzioni e tanti odii non si spegnerebbero!

U. MARIOTTI.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8512) *Concorsi - Limite di età.* — Dottore abbonato 351. — Allorchè si è prestato servizio in altro Comune precedentemente al concorso, sia come titolare, sia come interino, perchè la legge non fa all'uopo distinzione di sorta, si può concorrere anche avendo sorpassato il prestabilito limite di età.

(8514) *Tassa di ricchezza mobile - Supplenze.* — Dott. A. B. da F. — Ogni stipendio è colpito dalla imposta di ricchezza mobile. Le lire 200 stanziate in bilancio per reciproca supplenza nelle licenze ordinarie non sono state accresciute e molto probabilmente saranno date lo stesso.

(8515) *Pensioni.* — Dott. M. M. da T. — A norma delle leggi in vigore, durante le more per la liquidazione della pensione governativa potrà ottenere l'anticipazione per soli 12 mesi dei due terzi della pensione che Le potrà competere in definitiva. Nella qualità di pensionato governativo Le sarà corrisposta la indennità caroviveri di lire 50. Gli assegni ricevuti nell'attesa sono trattenuti tutti in una volta all'atto del primo pagamento di pensione. Doctor JUSTITIA.

Servizio medico-militare. — All'abb. n. 89286: L'indennità di cui è cenno nella precedente risposta è quella contemplata nella Circ. 113 G. M. del 20 febbraio 1919, art. 5.

All'abb. n. 12461:
I certificati, cui Ella allude, sono rilasciati dal Ministero della guerra (Direzione generale Sanità militare) in base alle circolari 308 e 461 del *G. M.* 1919, ed hanno valore nella valutazione dei titoli per concorsi. M. G.

All'abb. n. 11181:
La Circ. 411 del *G. M.* 16 luglio 1920 contiene le disposizioni in base alle quali l'ufficiale che ha in corso pratiche di pensione, ha diritto alla corresponsione degli assegni, in attesa dell'espletamento della pratica di pensione.

CONDOTTE E CONCORSI.

CITTADELLA (*Padova*). — Medico comunale del riparto C pei poveri; L. 6000. Per eventuale cura di oltre 1000 poveri L. 2 ciascuno. Indennità cavalcatura L. 1800; caro-viveri ed aumento percentuale provvisorio del 20 per cento sulle L. 6000. Scadenza 30 novembre.

GIUSSANO. *Ospedale Carlo Borella.* — Concorso al posto di medico-chirurgo direttore; L. 10,000 nette di R. M.; tre quinquenni. Caro-vivere. Alloggio, riscaldamento e illuminazione. Concorso per titoli o per esame o per le due forme insieme. Cinque anni di laurea, tre dei quali di pratica ospitaliera continuata in qualche ospedale. Scadenza 20 novembre. Nomina per un quinquennio; conferma quinquennale.

TODI (*Perugia*). — Condotte rurali 3ª e 4ª a cura residenziale; lorde L. 6000, indennità di L. 1000 per disagiata residenza, assegno per mezzi di trasporto. Scadenza 20 novembre.

Condotte e diffide.

Dalla Sezione di Camerino dell'A. N. M. C. è diffidata tutta la Provincia di Macerata dove ancora non viene istituita la condotta residenziale.

Particolare diffida si pone al Comune di Matelica dove i quattro medici-chirurgi titolari delle condotte si sono dimessi, pur rimanendo sul posto, in segno di protesta appunto per la mancata istituzione della condotta residenziale.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il premio Nöbel per la medicina è stato ora assegnato al dott. Jules Bordet di Bruxelles per i suoi studi immunitarî e sierologici.

Il prof. Giuseppe Ficai, direttore del Laboratorio consorziale di Igiene ad Arezzo, è nominato direttore del Laboratorio batteriologico del Comune di Milano.

NOTIZIE DIVERSE.

Luce di Carità.

Pochi giorni or sono, nel Lazzaretto municipale di S. Sabina, si è svolta una cerimonia semplice di forma, ma solenne per l'autorità di coloro che vi presero parte, e per il significato che essa conteneva.

Presenti il Sindaco, senatore Apolloni, gli Assessori prof. Marchiafava e Pediconi, il Direttore dell'Ufficio d'Igiene, prof. Gualdi con i suoi medici dipendenti, venne offerta a Suor Margherita Durando di quell'Istituto una medaglia d'oro, omaggio dell'Amministrazione Comunale alle benemerenze della modesta suora.

Essa, infatti, da lunghi anni, profonde in quel luogo tutto il fervore della sua attività e il tesoro del suo sentimento illuminato e fattivo. Collaboratrice preziosa dell'Ufficio d'Igiene, ne è l'anima di ogni opera di assistenza e di profilassi.

Io ricordo Suor Margherita nel periodo più culminante della nostra guerra, quando cioè prodigava tutta sè stessa nell'allestimento dell'Ospedale Militare Municipale al Viale del Re, e nella vigilanza di tutti i servizi, riscuotendo il vivo e grato ricordo di coloro che vi furono ricoverati, e l'approvazione unanime dei dirigenti.

Ma dove l'opera di questa Religiosa apparve sempre meravigliosa fu in tutte le ricorrenze epidemiche, che si verificarono in Roma in questi ultimi anni.

Chi scrive fu testimonio per molto tempo della sua indefessa operosità, e rammenta con profondo senso di gratitudine la savia e costante collaborazione sua nell'invasione colerica del 1910-11 e nella campagna antivaiuolosa del 1908 e del 1912. I medici del Lazzaretto sapevano allora, come lo sanno presentemente, che assai più arduo sarebbe riuscito il loro compito, e meno sicuri i risultati delle loro disposizioni, senza il contributo vigile e previdente di questa Monaca benemerita.

Ogni provvidenza municipale, sia profilattica che assistenziale, porta, come si è detto, la fiamma

animatrice di Suor Margherita. Nella Colonia Marina per i bambini predisposti alla tubercolosi, nel Sanatorio antimalarico di S. Egidio, nel Dispensario Profilattico, si vede sempre e si sente lo spirito intelligente e caritatevole della buona Sorella.

Ben meritata dunque è stata l'onorificenza concessale, e meritate le calde parole di ammirazione che ne accompagnarono la consegna.

Permetta, Suor Margherita, che anch'io, come antico funzionario dell'Ufficio d'Igiene, mi associ con vivo compiacimento alla dimostrazione di onore, che Le venne giustamente e solennemente offerta.

Roma, ottobre 1920.

Dott. UGO MARIOTTI.

Scuola per periti medico-giudiziari e delle assicurazioni sociali.

In seguito a proposta accolta dalla Facoltà Medico-Chirurgica ed approvata dal Consiglio Superiore della P. I., con decreto ministeriale 4 settembre 1920, n. 20946, è stata istituita presso la R. Università di Genova una Scuola per Periti Medico-Giudiziari e delle Assicurazioni sociali.

L'insegnamento pratico comprenderà illustrazioni casuistiche di medicina legale; elementi di legislazione e di giurisprudenza in rapporto alla medicina legale; esercitazioni su perizie neuropsichiatriche; traumatologia e medicina degli infortuni; chimica e microscopia forense e tecnica di polizia giudiziaria, ecc.

La Scuola è diretta dal Professore ordinario di medicina legale dell'Università, coadiuvato nell'insegnamento da liberi docenti della materia e da competenti specialisti. Particolari conferenze saranno tenute da Professori titolari di materie affini.

Il corso avrà la durata di un anno scolastico. Vi si potranno inscrivere soltanto i laureati in medicina e chirurgia. Ai laureati che avranno superate le prove d'esame sarà conferito lo speciale *Diploma di Perito Medico-Giudiziario*.

Il corso si svolgerà coordinatamente a quello per le malattie professionali.

Le inscrizioni si ricevono presso la Segreteria della R. Università non oltre il mese di novembre. Per informazioni e chiarimenti rivolgersi all'Istituto di Medicina legale della R. Università, in Via Bertani, 5.

Una colonia fluviale sul Brenta.

Il Comune di Padova già molto fece per tutte le provvidenze sociali che tendono ad accrescere il valore della vita, e specie per quelle istituzioni scolastiche e parascolastiche che mirano a tutelare il fanciullo, che dovrà essere l'uomo di domani. Infatti, per merito specialmente dell'ufficiale sanitario, dott. Randi, ha da anni moltissimi creato sui bastioni della città la *prima Scuola all'aperto* d'Italia; ed ora, da qualche mese, il medico scolastico, prof. Alberto Graziani, ha istituito a due chilometri dalla città (frazione di Altichiero) una Colonia fluviale sul Brenta per bambini scrofolosi e predisposti alla tubercolosi.

Centinaia di bambini godono ogni giorno i benefici del mare a due chilometri da Padova.

Institut de la Victoire.

Sotto il patronato di Deschanel e di Poincaré si è costituito a Parigi un Comitato per fondare un grande Istituto di ricerche chimiche nella più larga accezione della parola. Per la Medicina fanno parte del Comitato ordinatore Roux, Richet e Bordas.

Gli studi sul cancro in Inghilterra.

L'Ospedale Middlesex, fondato nel 1745, aprì una sala per i cancerosi nel 1792 e rappresenta uno dei migliori centri per lo studio di questa malattia. Con quest'anno si è fuso ad esso il Bland Sutton Institute of Pathology.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1920 - Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, *ed. resp.*

Anno XXVII Roma, 22 Novembre 1920 Fasc. 47

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

RESOCONTI DI CONGRESSI

XXVI Congresso della Società Italiana di Medicina Interna.

Seduta antimeridiana del 9 novembre 1920.

Preidenza: Prof. sen. E. MARAGLIANO.

Inaugurazione del Congresso.

Il prof. E. MARAGLIANO pronunzia il seguente discorso:

Sono scorsi sette anni da quello in cui ci siamo raccolti l'ultima volta in questa sala, dove ancora echeggia la parola del Maestro, che seppe e volle dare qui alla Clinica Italiana una sede degna degli alti suoi compiti.

Ed oggi nel riprendere qui, dopo tante fortunose vicende, il ciclo consueto delle nostre annuali riunioni, è dovere nostro rivolgere primamente il nostro pensiero a Guido Baccelli, che del nostro sodalizio fu il supremo artefice, che lo sorresse dal suo nascere colla sua forza, che lo cementò colla autorità e col prestigio suo, lasciandolo nel triste giorno della sua dipartita saldamente costituito e organizzato come una famiglia, dove i più provetti fondono, fraternamente collegati, la loro esperienza e la loro maturità colle giovani energie che devono continuare e fecondare l'opera loro.

Se la sua perdita fu dolorosa non solo per la scienza italiana ma anche per la scienza mondiale, fu doppiamente dolorosa per l'insegnamento clinico in Italia, che con Lui ha perduto il suo più valido ed autorevole sostenitore e che oggi trovasi in condizioni non liete e nella impossibilità di assolvere, come sarebbe necessario, il compito che gli è affidato.

Gli insegnamenti clinici soffrono per più ragioni.

Prima è quella derivante dalla mancanza di un giusto equilibrio, fra le varie materie comprese nel piano di studî della facoltà medica, che sono valutate esclusivamente alla stregua della assoluta loro importanza.

E certo è che, da questo punto di vista, una per se vale l'altra e meritano tutte una medesima considerazione. Ma la cosa cambia ove si voglia, come devesi, tenere conto della finalità che hanno gli studi della facoltà medica i quali sono specialmente rivolti a dare alla società medici versati nella conoscenza degli infermi. In Italia, la massima parte dei giovani, giova ricordarlo, al domani della laurea si danno immediatamente all'esercizio pratico ed in maggioranza non sufficientemente preparati. E la deficenza non proviene da minore cura dell'insegnante, ma dalla misura del tempo. A convincersene basta consultare gli orari delle varie facoltà di medicina che occupano gli studenti d'ora in ora, da mane a sera, con un succedersi di lezioni diverse, per cui essi non hanno assolutamente il tempo di vivere nelle cliniche e di acquistare quella istruzione pratica, che è loro indispensabile e che loro manca.

Questa imperfetta preparazione dei laureati fu specialmente lamentata di questi ultimi anni dall'opinione pubblica; anche il Parlamento la rimarcò ma nulla si fece e nulla si farà finchè non si prenderà la determinazione di fare per gli studi medici, quello che si è fatto per quelli di ingegneria: di assegnare cioè qualche anno esclusivamente agli studi applicati che sono quelli delle varie cliniche, senza che null'altro venga a di-

strarre gli studenti da essi. Altrimenti per quanto sia lo zelo degli insegnanti e la diligenza degli studenti, i giovani che si laureano non saranno mai sufficientemente preparati al pratico esercizio.

Questo io di qui proclamo pubblicamente, forte non della autorità mia, che è ben poca cosa, ma di quella che viene al Presidente di questa Società che raccoglie l'eletta dei cultori della medicina interna del nostro Paese. Lo proclamo perchè è mio preciso dovere il farlo, poco fiducioso però, perchè a nulla si riuscirà, in materia di organamento degli studi superiori, finchè non venga un Ministro che abbia il coraggio di sollevarsi al di sopra di tutti gli indugi dottrinali e fare risolutamente ciò che il Paese da tanto tempo chiede: che gli studi superiori siano organati in modo da corrispondere alle esigenze della vita che si vive, e dare alla Società quello che essa aspetta dalla scienza nelle sue applicazioni ai vari rami di attività ed alla tutela della vita umana.

Nè solo all'Istruzione pratica il tempo difetta, ma il materiale di osservazione e di cura. Mentre colle progredienti conquiste della scienza si moltiplicano i mezzi strumentali per indagini e per provvedimenti curativi, il concorso dello stato non aumenta, ma effettivamente è diminuito dell'80 % innanzi al parallelo invilimento della valuta, e quindi al costo più volte moltiplicato di tuttociò che è necessario per gli ammalati, che decombono nelle cliniche, per il funzionamento dei laboratori, per il materiale scientifico strumentale e letterario.

È doloroso il constatare che oggi, più che mai, i bisogni dell'insegnamento superiore sono messi in disparte.

Conosciamo tutti le difficoltà dell'erario, ma quello che abbiamo ragione di lamentare è la sproporzione con cui si provvede al nostro in confronto degli altri servizi pubblici. Evidentemente vi è nel governo la convinzione che, nelle difficoltà finanziarie odierne, se qualche cosa può essere messo in disparte, questo sia l'insegnamento superiore; fatto umiliante per il nostro paese perchè così facendo si mostra di ignorare che l'insegnamento superiore è la fonte, da cui tutte le attività produttive e civilizzatrici di una nazione traggono vita, luce, forza progressiva.

E se questo non si comprende là ove si fucinano i bilanci, si dovrebbe comprendere da chi ne ha ufficialmente la responsabilità. Auguriamoci che si comprenda.

Egregi Colleghi,

Anche in quest'anno dobbiamo registrare nuovi lutti.

Ci è mancato Camillo Bozzolo lasciando un vuoto doloroso nelle scuole cliniche italiane. Molti di noi ne hanno potuto seguire l'opera feconda nei 40 anni del suo insegnamento durante i quali segnò orme sicure e gloriose nella scienza e creò una scuola celebrata per il suo indirizzo moderno, per la serietà di organamento, per la solida istruzione in essa impartita, pel valore degli allievi che ne uscirono. Auguriamo di qui alla classica Università torinese un valoroso continuatore dell'opera sua.

Ed altro caro collega abbiamo perduto: Tommaso Senise. Egli aveva portato nella scuola il frutto della sua larga esperienza clinica ed impartiva un insegnamento informato alle gloriose tradizioni della scuola napoletana illustrata da Tommasi, da Cantani e da Cardarelli. Lo segue il nostro vivo compianto.

Ed ora prima di procedere allo svolgimento dei nostri lavori attinenti ad argomenti speciali di studio, credo utile invitarvi ad alcune considerazioni di ordine generale.

***

Vogliate, egregi Colleghi, riandare per un istante l'evoluzione del pensiero e dell'indirizzo clinico in medicina da un mezzo secolo ad oggi.

L'anatomia patologica con paziente e gigantesco lavoro di analisi, iniziato dal nostro sommo Morgagni, aveva bene stabilita la localizzazione nei vari organi delle affezioni determinate dai processi morbosi e la Clinica si era solidamente orientata sopra di esse.

La patologia così si era via via inquadrata ed individualizzata nei singoli organi, le conquiste della istologia patologica perfezionarono e precisarono la conoscenza delle alterazioni intime possibili in essi, e la Clinica con paziente e meraviglioso lavoro coordinando i rilievi fatti al capezzale degli infermi alle alterazioni rivelate in ciascun organo dall'anatomo patologo, utilizzando ed applicando con acume le progressive conquiste della fisica della chimica e della istologia, costrusse la semeiologia dei vari organi, cui la radiologia diede con sorprendente chiarezza in ultimo larga mano.

Si ebbe così un piano sistematico della morbilità umana, ogni malattia localizzata nell'organo determinato, cui si riconobbe una personalità patologica presso che autonoma, coi segni particolari che la rivelano e ne segnano la fisionomia ed il decorso.

E così nacque la specializzazione: ogni organo trovò il suo specialista ed i profani attratti da tanto apparente semplicismo, ne furono sedotti, e la Clinica restò costituita poco a poco quale una repubblica federale, in cui gli stati singoli che la compongono si proclamano indipendenti e via via, misconoscono la necessità di un potere coordinatore centrale.

Così stavano le cose quando un fatto nuovo interveniva a creare situazioni nuove.

Il desiderio di afferrare le cause intime dei morbi che assillò, sempre in ogni epoca, la mente dei patologi pensatori, riceveva repentinamente dalla batteriologia lo sprazzo di luce, da lungo atteso e da lungo presentito, colla scoperta e la individualizzazione di determinati batteri patogeni, creatori di determinati morbi.

La Clinica comprese il grande valore delle nuove scoperte, illustrate dalla patologia sperimentale: le accolse entusiasticamente, per quanto senza sufficiente critica, e le applicò ad interpretare il decorso e la fenomenologia delle malattie in-

fettive acute e croniche, completandole, con ricerche ed indagini proprie.

Le conoscenze così acquistate, scossero già in parte la posizione assunta dalle localizzazioni, assolutamente valutate, dal momento che appariva manifesto come in un gruppo così importante di malattie, quali sono le infettive acute e croniche il fatto della localizzazione si compenetrasse in buona parte con quello della infezione, che assume carattere generale e crea stati morbosi complessi.

* * *

Altre situazioni nuove nascevano, intanto, da altre conquiste, fra le quali assunsero posizione predominante, quelle della chimica biologica. Per esse ogni giorno impariamo a conoscere un complesso di condizioni patogenetiche, le quali sfuggono al coltello anatomico, ma si impongono alla considerazione del patologo e del clinico. Le cellule dei nostri tessuti, devono essere ormai considerate quali altrettanti organismi che hanno una vita loro propria: assimilano, elaborano e versano nell'ambiente organico i prodotti della loro attività vitale. Questi prodotti, se imperfetti, diventano sorgenti di situazioni morbose. In un primo periodo si parlò, in genere, di malattie del ricambio, legate specialmente all'acido urico ed ebbero per esponente clinico l'uricemia, concezione patologica, di cui si abusò e di cui forse, si estese troppo il significato. Oggi poi s'impara, che indipendentemente dall'acido urico, prodotti imperfetti della vita cellulare, possono affliggere gli organi dell'economia, turbarne la vita e le funzioni, creare stati patologici diversi. Ad esempio lo studio del così detto ricambio intermedio dei materiali azotati, iniziatosi nella mia scuola ha aperto nuovi orizzonti ed iniziato un capitolo nuovo di patologia umorale, di quella patologia umorale, che intraveduta dai nostri padri, negata poi perchè l'anatomo patologo non ne trovava documento tangibile alcuno sotto il suo coltello e l'istologo sotto le sue lenti, oggi si deve ammettere senza riserva. Così fu messo in evidenza, il possibile accumolo dei così detti resti azotati nel circolo cui si collegano principi altamente intossicanti, ed *indipendentemente dal rene*, cui a torto furono attribuite le varie modalità di azotemia, sulla fede di Vidal e di Ambard, le cui affermazioni, accolte con soverchia facilità in Italia dove ciò che viene dal di fuori si accetta spesso un po' spensieratamente, oggi furono riconosciute non sempre corrispondenti al vero. E così oggi si ammettono nefriti derivanti da materiali tossici di origine cellulare, che ne sono i creatori, non come si pretendeva, la conseguenza. Lo insegnai io primamente or sono pressochè vent'anni ed ora nei più recenti trattati di morbi renali è senz'altro ammesso, per quanto al solito non si ricordi che questa concezione patogenetica e clinica è uscita dai lavori miei e dei miei. Così mentre per lungo tempo le epatiti croniche furono valutate esclusivamente in ordine alle loro alterazioni di struttura locali ed ai perturbamenti meccanici del circolo che ne conseguono nel territorio portale; oggi si è imparato che esse assumono una ben maggiore importanza, per materiali tossici che si versano nel circolo e di cui è una fra le espressioni cliniche più culminanti, quel coma epatico, che nel 1888 al Congresso della Associazione Medica Italiana a Pavia descrissi per la prima volta, mettendolo in rapporto appunto, con intossicazioni create dal morbo epatico. E d'altra parte certo è che molte epatiti croniche, a loro volta, sono dovute alla azione di intossicazioni endogene. Ormai queste intossicazioni di origine endogena, rappresentano una verità universalmente riconosciuta nel suo complesso e offrono un vasto campo di ricerche analitiche e differenziali ai clinici, perchè solo nelle cliniche possono essere fatte le indagini relative. E posso dire che esse giuocano una parte importante anche sul decorso delle cardiopatie, nelle quali con troppa facilità tutto viene collegato ai disordini del circolo, mentre vi è un periodo in cui l'intossicazione ha una parte capitale e crea quei profondi perturbamenti della nutrizione, contradistinti in patologia coll'appellativo di *cachessia cardiaca*. Tutto questo considerando, apparisce chiaro che le localizzazioni morbose si confondono, anche da questo punto di vista, colla compartecipazione dell'intero organismo che le assorbe, ed assumono il significato di una generalizzazione che s'impone al clinico, sia dal punto di vista delle concezioni patologiche come da quello delle concezioni terapeutiche.

D'altra parte quanto più profondamente si penetrano le funzioni del sistema nervoso, si comprende come e quanto per esse, un'alterazione localizzata, possa estendere la sua influenza perturbatrice sopra organi e tessuti lontani, mentre tutte le conoscenze che via via si acquistano sugli organi endocrini e sulle secrezioni interne, vengono opportunamente ad additarci le fila molteplici che collegano organi e funzioni tanto in condizioni fisiologiche quanto negli stati patologici.

L'indirizzo unitario quindi è venuto ogni giorno più ad imporsi alla clinica e la specializzazione, intesa come si era poco a poco andata designando, deve scomparire innanzi all'ammalato.

Vi possono essere benissimo dei semeiologi specializzati nel tecnicismo strumentale pel rilievo delle condizioni di un organo o dell'altro e delle manualità curative, non specialisti che si limitino o non sappiano far altro che fermarsi all'organo principalmente indiziato e non valutino o non sappiano valutare l'infermo nel suo complesso, ed in questo indirizzo curarlo.

Del resto la fisiologia, da tempo e tempo, ci aveva insegnato la correlazione dei vari organi e delle funzioni dell'economia e pare che ne avesse una sicura conoscenza, fin dall'epoca sua Menenio Agrippa, quando disse il suo apologo, perfettamente conforme alla fisiologia organica e sociale che non sarebbe inopportuno ripetere a chi non lo sa, o lo ha dimenticato.

Ma se la Clinica deve riprendere assoluta e completa la giurisdizione sua sull'intero organismo, deve riprendere anche la sua indipendenza innanzi alle varie branche dello scibile medico dalle quali attinge e deve attingere, sì, tutto quanto possono dare per la conoscenza dell'uomo infermo e per la sua cura, ma deve pur sempre ed incontrastata mantenere la propria personalità.

Su questo insisto perchè la Clinica poco a poco si è lasciata inorpellare dalle lusinghe della batterio-patologia sperimentale, questa nuova branca dello scibile medico, che è senza dubbio una preziosa ausiliaria della Clinica moderna. Ma innanzi ad essa bisogna bene constatare, che nell'opera sua, troviamo i risultati delle ricerche, largamente infiorati di ipotesi e di arbitrarie formole dottrinali, seguendo un indirizzo che non è quello sobrio e severo delle scienze sperimentali.

Così se la Clinica può e deve senz'altro accettare nel suo dottrinale l'esistenza di batteri specifici, quali agenti di determinate infezioni, non può accettare l'unilateralità dogmatica del momento etiologico, perchè nessun batterio patogeno crea nell'uomo la malattia, se l'organismo è in condizioni di lottare vittoriosamente innanzi ad esso. E ricordo che quando, senza discutere, i clinici accettavano l'esclusivismo patogeno batterico, qui in questa Clinica si respinse, ed a chi affermava, ad esempio: essere il bacillo di Koch senz'altro, il creatore delle malattie tubercolari, Guido Baccelli rispose: *No, ne è solo l'esponente.* Oggi tutti debbono convenirne tanto per la tubercolosi come per ogni altra infezione, innanzi al fatto accertato di soggetti sani portatori di bacilli patogeni innanzi al fatto accertato che è differente la recettività da animale ad animale: prova questa che il terreno organico, in cui si trovano a contatto, ha una parte pari ai batteri, nella genesi degli stati morbosi.

La Clinica, inoltre, non può accettare senza grandi riserve i risultati delle ricerche fatte sugli animali per spiegare l'andamento delle malattie da infezione; perchè il quadro fenomenologico ed il decorso dell'infezione nell'animale in esperimento non si possono appaiare a quello che si vede nell'uomo. Much, per esempio, e cito MUCH, il quale è un cultore della patologia sperimentale batterica, testè scriveva: che è assurdo voler trarre dagli esperimenti sulla *cavia*, conclusioni sulle malattie tubercolari nella patologia umana. Avviso, se ve ne sono, a quei culturi della medicina interna che credono di potere basare su questi esperimenti le loro convinzioni sulla clinica e sulla terapia della tubercolosi, e credono di poterle studiare ed apprendere qualche cosa di utile per la medicina pratica sopra pubblicazioni di studiosi, certo di valore, ma che non hanno nè conoscenza nè consuetudine dell'uomo infermo.

La Clinica poi non può accettare tutto il groviglio dogmatico dei batterio-patologi sulla immunità e le imposizioni che essi pretendono di fare, in ordine alla profilassi, alla patologia ed alla terapia delle malattie infettive. L'esistenza nell'uomo di una immunità verso determinate infezioni, fu afferrata da clinici e da medici pratici innnanzi che la batteriologia nascesse.

I batterio-patologi, però, con lodevole intento, hanno da più anni atteso a sviscerare i problemi che presenta questo fra i più importanti temi della biologia, ricercando i fattori della immunità e quindi la procedura per conquistarla.

Essi hanno lavorato assiduamente e tenacemente; hanno raccolto una larga messe di fatti, ma si sono inretiti ed irrigiditi in una serie di formule arbitrarie ed ipotetiche, le quali hanno loro impedito di venire, fino ad ora, a conclusioni attendibili. Ma quel che è peggio essi credono di potere imporre una serie di precetti negativi fra cui primeggia quello: che non si possa parlare di alcuna pratica relativa all'immunità o tentarla, finchè non siasi sicuramente immunizzato un dato animale di esperimento, e lo dicono proprio oggi, quando ormai dalla pluralità dei cultori della patologia sperimentale si riconosce che in materia di immunità, non si possono trarre conclusioni positive, non solo dall'animale all'uomo, ma da una specie animale all'altra. Fortuna che Jenner ci ha dato il vaccino da più che un secolo: altrimenti oggi sarebbe messo alla gogna da questi dogmatici di laboratorio e gli sarebbe impedito di applicarlo, come oggi vorrebbero impedire l'applicazione di mezzi vaccinanti, di cui non sanno spiegarsi l'utilità ritardando per concezioni dottrinali, i possibili benefici, che potrebbe trarne l'umanità.

Quello che dico, a proposito della batterio-patologia, valga per le altre branche ausiliarie, perchè la Clinica deve ormai essere più guardinga nell'accettare senza critica ciò che le viene offerto. Da un ventennio si è stati molto corrivi, ora bisogna chiudere i freni e chiudere, quando occorre, le nostre porte innanzi al dottrinarismo invadente, sotto la forma di uno sperimentalismo degenerato.

Questo vi dico non certo per misoneismo: non posso dovvero esserne sospettato, ma perchè la Clinica deve ormai riprendere intera, completa la sua personalità, altrimenti tradirebbe la sua missione e le sue finalità, metterebbe in dubbio la ragione della sua esistenza.

Ricordiamolo tutti e lo ricordino i giovani valorosi che aspirano a divenire i successori nostri.

Questo vi direbbe Guido Baccelli se fosse ancora qui con voi: io, in questo momento, non sono che l'eco della voce sua.

Presidenza: Prof. sen. G. B. QUEIROLO.

La linfogranulomatosi.

Prof. A. FERRATA, *relatore*.

ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA, ISTOGENESI.

1° Il linfogranuloma maligno, così indicato perchè nelle sue manifetazioni cliniche ed anatomopatologiche grossolane colpisce in prevalenza le ghiandole linfatiche, non è in realtà un processo morboso a carico del tessuto linfoadenoideo, ma degli elementi stromatici che passano sotto il nome di reticolo-endoteliali, cellule perivasali, fibroblasti, presenti sia nelle ghiandole linfatiche, che nel midollo osseo, sia nella polpa splenica che nel tessuto connettivale di altri organi e tessuti non emopoietici. Infatti l'alterazione anatomica anche nelle ghiandole linfatiche non è a carico del tessuto linfoadenoideo specifico, come nella linfoadenosi leucemica ed aleucemica, nel granuloma maligno, anzi, i follicoli poco partecipano al processo morboso, e solo secondariamente per l'insorgere

prevalente degli elementi cellulari di origine istioide diminuiscono di numero, fino alla loro quasi totale scomparsa.

Come nessuno riconosce nella cosiddetta metaplasia mieloide delle ghiandole linfatiche, che pure riduce e distrugge il tessuto linfoadenoideo, una manifestazione morbosa del tessuto linfoadenoideo stesso, per consenso unanime invece ritenuta di origine reticolo-endoteliale in seguito ad una evoluzione granulocitica, eritroblastica e megariocitica degli emoistioblasti, così non si può disconoscere che anche nella linfogranulomatosi maligna *non* il tessuto linfoadenoideo — follicolo — è primitivamente colpito, ma i *cosidetti tessuti stromatici* (cellule reticolo-endoteliali-emoistioblasti) identici anatomicamente e nelle loro molteplici potenzialità evolutive tanto nelle ghiandole linfatiche, come nel midollo osseo, come nella polpa splenica e nei tessuti connettivi in genere.

Tanto è vero ciò, che ad esempio nel fegato, nelle capsule surrenali, nei reni, nella cute, ecc., e fino nei muscoli, sorgono nodi granulomatosi, non certo per opera di metastasi da nessuno ammesse, non certo per opera di tessuto linfoadenoideo specifico ivi non esistente, ma sempre ed esclusivamente per opera proliferativa granulomatosiforme degli elementi emoistioblastici connettivali, in seguito allo stimolo del particolare virus.

Parrà in contraddizione la definizione ora data dell'essenza anatomica del linfogranuloma maligno, quando clinicamente vediamo colpite in prevalenza e nelle fasi iniziali proprio le ghiandole linfatiche. Questo con ogni probabilità non è che una semplice casualità topografica, inquantochè il virus del linfogranuloma maligno, qualunque esso sia, ad azione però specifica sull'apparato reticolo-edoteliale inteso in senso lato (cellule reticolo-endoteliali, clasmatoci avventiziali, ecc.), si localizza per via linfatica nelle ghiandole più vicine alla porta d'ingresso dell'infezione; ecco perchè con grande prevalenza prima colpite sono le ghiandole del collo, e in seguito le ascellari e le toraciche; ecco perchè in alcuni casi il linfogranuloma maligno è primitivamente localizzato nell'intestino.

2° Così considerato, il linfogranuloma maligno o per dir meglio il *granuloma maligno* è un processo morboso a carattere infiammatorio a tipo iperplastico, non spiccatamente nodulare, ma piuttosto diffuso, generalmente lento, progressivo e fatale, che colpisce sistematicamente gli organi e i tessuti ematopoietici, comprendendo in questi il connettivo.

3° Per la sua natura sistematica, il granuloma maligno è fino ad un certo punto paragonabile alle leucemie e pseudoleucemie parenchimali iperplastiche, colle quali se si volesse stabilire un confronto, potrebbe essere espresso nel modo seguente:

A) Le leucemie e pseudoleucemie vere (mielosi e linfoadenosi leucemiche ed aleucemiche) sono affezioni generalizzate, a tipo sistematico, le quali colpiscono sia i parenchimi emopoietici veri e propri, che i tessuti emoistioblastici stromatici endoematopoietici ed extraematopoietici. Istologicamente si constata un'enorme proliferazione di cellule leucocitarie mature ed immature, diverse a seconda del tipo mieloide o linfocitario dell'affezione iperplastica e del suo decorso acuto o cronico. Sempre esistono anche cellule primordiali parenchimali, specificamente differenziate nella funzione citoematogena (emocitoblasti). Però anche negli stati iperplastici leucemici considerati da tutti parenchimali, numerosi granulociti e linfociti derivano dalle cellule stromatiche emoistioblastiche: in altri termini, anche nelle leucemie e pseudoleucmie — *parenchimali per eccellenza* — gli elementi stromatici reticolo-endoteliali partecipano attivamente al processo, anzi i nodi leucemici negli organi e tessuti extraematopoietici sono tutti di origine stromatica, o con linguaggio più preciso, clasmatocitica od emoistioblastica.

La partecipazione degli emoistioblasti alla formazione degli stati leucemici è documentata anche dalla constatata presenza di cellule istioidi e loro derivati nel sangue circolante (Ferrata, Franco, Marcora, Gasbarrini, Cesa-Bianchi).

Risulta perciò ben stabilito che gli stati leucemici non sono processi iperplastici parenchimali puri, perchè anche le cellule stromatiche emoistioblastiche contribuiscono alla loro costituzione.

B) Il granuloma maligno è un'affezione generalizzata, a tipo sistematico, la quale colpisce primitivamente i tessuti emoistioblastici stromatici, sia endoematopoietici che extraematopoietici. Istologicamente il tessuto granulomatoso è costituito da tre ordini di cellule: *emoistioblasti, cellule leucocitoidi a tipo linfoide e granuloso di origine istioide, cellule probabilmente di origine ematica.* Gli emoistioblasti sono rappresentati prevalentemente dalle cellule reticolari e endoteliali e dai plasmatociti avventiziali; i loro derivati leucocitoidi a tipo linfode e granuloso dalle plasmazellen, dagli eosinofili istioidi, dai fibroblasti in evoluzione fibrosa e collagena, dalle cosidette cellule giganti di Sternberg, da alcune mastzellen; gli elementi ematici dai granulociti eosinofili, da qualche cellula monocitoide e da rari leucociti polinucleati neutrofili. (Però anche nel linfogranuloma maligno, affezione iperplastica a tipo di cronica infiammazione *istioide* per eccellenza, in alcuni casi, specie negli stadi iniziali, si può avere uno stato iperplastico delle cellule linfocitarie dei follicoli).

Risulta perciò ben evidente la derivazione istioide od emoistioblastica del granuloma maligno, essendo i suoi costituenti cellulari e le sue trasformazioni tardive (sclerosi) nella loro grande maggioranza prodotti di evoluzione istiodi delle cellule reticolo-endoteliali e dei fibroblasti, di quegli elementi, cioè, che costituiscono il tessuto emoistioblastico, e sono colorabili intra vitam *col litiocarminio e col bleu d'isamina. Interessante, a questo proposito è la dimostrazione nel sangue circolante nel granuloma maligno di alcune cellule emostioblastiche sul tipo degli endoteli* (Micheli).

4° *Poichè sicuramente anche in condizioni normali i linfociti follicolari sono una trasformazione delle cellule reticolo-endoteliali e anche nei processi iperplastici delle linfoadenosi e delle mielosi in ultima analisi l'essenza del processo è costituita da una prevalente orientazione granulocitica o linfacitaria delle cellule reticolo-endoteliali con ipo-*

plasica evoluzione istioide degli stessi elementi, e d'altra parte risultando nel granuloma maligno un eccessivo, per non dire esclusivo, orientamento delle cellule reticolo-endoteliali e dei fibroblasti verso i tipi cellulari istioidi, non parenchimali, mentre ipoplasica appare la loro evoluzione verso le cellule leucocitarie, si può ritenere che i processi parenchimali iperplastici leucemici ed aleucemici, e i processi a tipo infiammatorio iperplastici granulomatosi istioidi sono istogeneticamente il risultato di opposte orientazioni degli elementi mesenchimali cellulari indifferenti a tipo embrionale od emoistioblasti (cellule reticolo-endoteliali).

5° Venendo più propriamente alla descrizione dei caratteri istologici dei nodi granulomatosi, possiamo concludere che oltre ai fibroblasti e alle fibre connettivali, quest'ultime più numerose e manifeste nel periodo sclerotizzante del processo, esistono:

a) *Linfociti*, sia residui del tessuto linfoadenoide follicolare o cordonale, sia propri dello stroma interfollicolare e intercordonale.

b) *Plasmacellule*, coi tipici caratteri nucleari e plasmatici, più o meno numerose, in vari casi descritte sotto forma di veri plasmoni, anch'esse ricordo, costituenti normali dei tessuti connettivi in genere, e interfollicolari ed intercordonali in specie.

c) *Mastzellen*, generalmente scarse, a tipo istioide.

d) *Cellule eosinofile*, alcune sicuramente istioidi mononucleate, altre sicuramente di origine vasale, più facili a riscontrarsi nei focolai di necrosi, disposte alla periferia a guisa di barriera.

e) *Cellule epitelioidi*, costituite quasi esclusivamente da elementi reticolo-endoteliali, la cui natura istioide oggi più non si discute, e la cui genesi emoistioblastica è documentata dalla struttura nucleare (nucleo a spugna), dai nucleoli senza sovrapposizione cromatinica, e dai caratteri endotelioidi del protoplasma.

f) *Cellule di Sternberg*, che, a differenza delle caratteristiche cellule di Langhans del granuloma tubercolare, non presentano mai numerosissime le masse nucleari disposte a forma di anello alla periferia del protoplasma, ma appaiono come vere cellule polinucleari, con due, tre, quattro, cinque, raramente più nuclei, così da assomigliare, per l'aspetto del nucleo, a leucociti polimorfi granulosi giganti, sprovvisti di granuli. La derivazione delle cellule di Sternberg dalle cellule sovraricordate epitelioidi per un processo di ingrandimento plasmatico e di scissione sia diretta che indiretta del nucleo non è più discutibile. Insisto nel ricordare che le cellule di Sternberg non hanno alcun rapporto, quanto alla loro struttura e al loro significato morfologico, coi megacariociti del tessuto mieloide.

6° Per i suoi caratteri peculiari morfologici sovraricordati, il granuloma maligno è istologicamente differenziabile dalle altre lesioni granulomatose, nonchè dai processi parenchimali iperplastici. Necessita qui ricordare, senza ch'io entri nella discussione del problema eziologico, che, anatomicamente, il granuloma maligno è una entità istopatologica a sè, e per il suo tipo iperplastico diffuso non nodulare e per la presenza costante delle cellule di Sternberg così caratteristiche e dei leucociti eosinofili, si differenzia con relativa facilità dal linfogranuloma tubercolare, dove con ricerca paziente si dimostrano sempre le cellule di Langhans, e dove sono assai più manifesti i caratteri degenerativi. Se poi il linfogranuloma maligno, pur essendo istologicamente riconoscibile come tale, possa essere provocato dal germe della tubercolosi, è un'altra questione: *interessa qui affermare che istopatologicamente il tessuto di Sternberg presenta particolarità di struttura non confondibili cogli altri granulomi ad eziologia nota.*

7° Frequentemente negli organi di persone morte per linfogranuloma maligno si trovano focolai di tubercolosi colla struttura tipica del granuloma tubercolare, e con zone di caseificazione. Istologicamente sono differenziabili dal tessuto di Sternberg, il quale conserva anche in questi casi identica la sua struttura.

8° Per questi motivi, credo di poter concludere che la diagnosi istologica di granuloma maligno si possa quasi costantemente decidere, e sia anzi relativamente più difficile differenziare un'iperplasia aleucemica linfoadenoide da un linfosarcoma, che non un tessuto di Sternberg dalle altre affezioni sistematiche dei tessuti ematopoietici e dalle lesioni granulomatose sicuramente tubercolari.

9° Le lesioni macroscopiche al tavolo anatomico diversificano da caso a caso, a seconda dell'estensione del processo e della sua durata. Sono colpite con grande frequenza le ghiandole del collo, le ascellari, le toraciche, non di rado le ghiandole addominali. Il volume delle ghiandole linfatiche è più o meno notevole, la consistenza non sempre uguale, nel periodo evolutivo si presentano molli, al taglio grigiastre, o color carne di pesce, rare volte d'aspetto cloromatoso, non infrequentemente con qualche focolaio di necrosi. A processo più avanzato, le ghiandole appaiono più piccole, indurite, a carattere sclerotico, con proliferazione fibrosa e degenerazione ialina.

La milza partecipa quasi sempre al processo morboso, e i nodi granulomatosi, grigio-giallastri sul fondo rosso-cupo della polpa splenica, hanno assegnato all'organo l'aggettivo di *porfiroide*. Nodi granulomatosi si riscontrano nel midollo osseo, nel fegato, nell'intestino, anche primitivamente, nei reni corticalmente, nei polmoni, nelle capsule surrenali e non di rado negli organi e nei tessuti più disparati.

10° Il sangue periferico, oltre ai caratteri di un'anemia più o meno accentuata, presenta modificazioni non costanti; però con maggior frequenza sono aumentati i granulociti neutrofili e gli eosinofili, particolare quest'ultimo di notevole importanza diagnostica. Il Naegeli descrive un aumento dei monociti, che il Micheli giustamente interpreta, per i loro caratteri morfologici, come endoteli circolanti.

11° La possibilità di eventuali trasformazioni di forme parenchimali iperplastiche in forme granulomatose da alcuni autori descritte, può essere interpretabile, quando si pensi che in ultima analisi sia le une che le altre rappresentano orientazioni

diverse di un unico sistema anatomico fondamentale, costituito dall'apparecchio reticolo-endoteliale. Questa considerazione non tende in nessun modo ad assimilare due processi fra loro morfologicamente così disparati, ma solo a rendere possibile l'interpretazione delle rare osservazioni di casi di linfogranulomatosi consecutivi ad un processo iperplastico semplice, e ad una linfoadenosi aleucemica, processi del resto anche differenziabili per il modo con cui si distribuisce la lesione morbosa: nel granuloma, per graduale diffusione lungo la via linfatica, e forse anche ematica, negli stati leucemici, invece, per una contemporanea tumultuosa autoctoma iperplasia in organi e tessuti assai distanti fra di loro.

Prof. C. MORESCHI, *correlatore*.

1° Il linfogranuloma maligno è caratterizzato da una infiammazione a decorso generalmente lento, progressivo e letale, a tipo iperplastico e che colpisce con speciale elezione il tessuto di sostegno delle ghiandole linfatiche, della milza, del midollo osseo; anche gli altri organi, ad eccezione forse del tessuto nervoso, possono essere sede meno frequente del processo morboso.

2° Il linfogranuloma maligno è un'entità morbosa con fisionomia clinica e quadro istopatologico a sè.

3° L'epidemiologia, la clinica, l'istopatologia, l'esperimento, non confortano una identificazione del processo tubercolare con quello della linfogranulomatosi maligna. I rapporti frequenti colla tubercolosi possono interpretarsi quali una facile associazione dei due processi morbosi e quindi considerarsi di ordine indiretto.

4° Il reperto di bacilli granulari di Fraenkel e Much non è costante, anzi nella maggioranza dei casi negativo; il significato di questi bacilli granulari, e specialmente i loro eventuali rapporti con quelli della tubercolosi non possono chiamarsi definitivamente stabiliti. In ogni modo è ancora oggi prematuro attribuire a queste forme granulari una importanza etiologica per la linfogranulomatosi maligna.

Il reperto del cosiddetto *Cornynebacterium Hodgkini* non ha ricevuto sino ad oggi conferme autorevoli

Il problema etiologico della linfogranulomatosi maligna attende quindi ancora la sua soluzione.

5° Sulla guida delle manifestazioni cliniche e del reperto anatomo-patologico si può presumere che le vie di entrata del supposto virus della linfogranulomatosi maligna siano rappresentate in ordine di frequenza dalla mucosa dell'albero respiratorio, dalla mucosa del tubo digerente, dalla cute, dalla mucosa congiuntivale. Rarissima è la localizzazione del virus al suo punto di entrata ed il gruppo ghiandolare prossimiore può considerarsi come la sua prima stazione. Il tessuto linfatico dell'anello di Waldeyer, come quello della parete intestinale, assumono, nei riguardi della linfogranulomatosi, uno speciale significato in quanto debbono considerarsi poco proprizii all'insediamento del virus. La diffusione del processo morboso avviene precipuamente per le vie linfatiche ed anche a ritroso della corrente linfatica; per alcune localizzazioni si è indotti ad ammettere anche una diffusione per via ematica. Speciale considerazione meritano le modalità di propagazione locale del linfogranuloma maligno, a differenza degli altri granulomi (tubercolare, sifilitico) il processo di granulazione non tende a limitarsi alla zona primitivamente colpita, ma assume uno squisito carattere infiltrativo e la infiltrazione avviene liberamente e per continuità per mezzo degli elementi specifici del tessuto granulomatoso. Da questo punto di vista il linfogranuloma maligno ha dei punti di contatto coi processi sarcomatosi. Nel tubercolo e nella gomma e precisamente alla loro periferia assistiamo invece continuamente all'accorrere di linfociti che cercano di circoscrivere il processo infiammatorio.

6° La infiltrazione leucocitaria neutrofila ed eosinofila del linfogranuloma è insufficientemente chiarita da una semplice chemiotassi positiva per opera del virus o dei suoi prodotti, essendo di solito accompagnata da una leucocitosi con eosinofilia, la quale presume accanto alla chemiotassi un'azione stimolatrice degli organi emopoietici. La dottrina recente di Bierich, che vorrebbe riportare queste particolarità istopatologiche ed ematologiche come molti dei sintomi generali della linfogranulomatosi (la febbre nei suoi vari tipi, alcune manifestazioni cutanee, la cachessia, ecc.) a processi regressivi cui il granuloma soggiace e più precisamente alla liberazione di prodotti tossici derivati dalla scissione della molecola albuminoide, merita di essere presa in considerazione. Con tale dottrina la caratteristica infiltrazione eosinofila, come gran parte dei sintomi generali, rientrerebbero nel quadro di una intossicazione lenta a carattere anafilattico nel senso di Friedberger e provocata non direttamente dal virus, ma secondariamente dai prodotti regressivi del tessuto linfogranulomatoso stesso.

7° La diagnosi clinica è generalmente ardua, e suffragata solo dall'esame istò-patologico ed eventualmente da una prova biologica nell'animale. Appunto perciò l'esame clinico deve essere accuratissimo, meticoloso perchè non sfuggano tutti quei dati che possono far presumere una linfogranulomatosi e spingere quindi a valersi degli opportuni accertamenti diagnostici di laboratorio. Nessuno dei sintomi generali è patognomonico della linfogranulomatosi, ma ciascuno di essi, coordinato con altri in dipendenza del processo locale, è di sicuro ausilio nell'orientamente diagnostico. Per facilitare il lavoro diagnostico è opportuna una separazione delle forme generalizzate dalle circoscritte. Per le prime devono prendersi in considerazione le linfomatosi aleucemiche, la linfosarcomatosi, la tubercolosi generalizzata, i mielomi multipli. Le linfomatosi e mielosi leucemiche possono trascurarsi in quanto l'esame del sangue chiarisce senz'altro la situazione. Per le forme circoscritte è utile separare quelle che interessano un dato gruppo ghiandolare da altre che apparentemente si sono localizzate solo in alcuni organi quali la milza, il fegato, l'intestino, la cute. Per il primo gruppo la diagnosi differenziale interessa specialmente la tubercolosi ghiandolare circoscritta, il linfosarcoma di Kundrat, le metastasi ghiandolari di tumori maligni.

Le forme più subdole, più larvate di questo gruppo sono quelle circoscritte alle ghiandole retroperitoneali, dell'ilo splenico o dell'ilo epatico. Le localizzazioni all'ilo splenico cointeressano di solito anche la milza e fanno parte della sindrome splenomegalica o splenomeseraica. Nelle forme splenomegaliche pronunciate la puntura splenica e l'esame microscopico del succo estratto non hanno dato risultati diagnostici incoraggianti; in questi casi la diagnosi differenziale deve prendere in considerazione la linfomatosi e le mielosi aleucemiche, la malaria, la sifilide, la febbre mediterranea, l'echinococcosi, la infezione da Leismania. Le localizzazioni all'ilo epatico per compressione sui dotti biliari e sulla porta sono atte a generare errori diagnostici tanto più facili quando si tratti di forme clinicamente così circoscritte: la febbre che suole accompagnarsi legata al processo primitivo o ad infezioni secondarie delle vie biliari, l'ittero, lascite, l'ingrandimento del fegato inducono a prendere in esame una serie di evenienze diagnostiche non ultima delle quali la linfogranulomatosi.

La forma intestinale primitiva e circoscritta decorre solitamente in modo larvato e le rare ed incomplete descrizioni cliniche che possediamo non permettono ancora un orientamento diagnostico.

La sindrome di Mikulicz guida ád una diagnosi differenziale nei confronti di un processo leucemico o sifilitico.

8° I soccorsi terapeutici nella linfogranulomatosi, per quanto limitati, segnano in quest'ultimo decennio qualche progresso. La terapia chirurgica, già da tempo abbandonata, può avere un'indicazione sintomatica in casi speciali di tumefazioni ghiandolari facilmente aggredibili e che per compressione sopra fasci nerveo-vascolari siano di grave molestia al paziente.

La terapia arsenicale, tanto vantata in passato, e lo stesso arsenobenzolo, non influenzano in modo apprezzabile l'andamento della malattia. I migliori risultati si sono ottenuti colla Radio e la Röntgenterapia. Le masse ghiandolari superficiali e profonde, sotto l'azione del Radio e dei Raggi X, possono ridursi notevolmente e alleggerire in molti casi le sofferenze. La durata dell'effetto terapeutico è però solo temporanea; inoltre la sensibilità del granuloma, sia al Radio che ai Raggi Röntgen, varia notevolmente da caso a caso. Il radiologo ha l'obbligo di sorvegliare attentamente le modificazioni ematologiche che intervengono sotto l'azione di questo trattamento ed in modo speciale il pronunciarsi di una leucopenia marcata che ha sempre un significato prognostico grave.

L'O. cita poi un caso di linfogranuloma misto (cioè nel quale, accanto al tessuto di Sternberg, esistevano formazioni che erano simili a quelle tubercolari), nel quale esisteva un tessuto che sembrava per i suoi caratteri essere di transizione fra tessuto linfogranulomatoso e tessuto tubercolare. Questo reperto non può non essere favorevole al concetto eziologico tubercolare del linfogranuloma. Però, poichè nel caso citato dall'O. il reperto bacteriologico era stato negativo, si potrebbe anche pensare (considerando isolatamente questo caso e prescindendo da tutti i fatti che sono stati portati a favore della origine tubercolare della linfogranulomatosi) che il virus della linfogranulomatosi come dà origine al tessuto di Sternberg così possa dare origine a tessuto a tipo tubercolare. Infatti il tubercolo non è una entità eziologica, ma solo una entità istopatologica.

COMUNICAZIONI SULLA « LINFOGRANULOMATOSI ».

A. BOLAFFI. — *Contributo alla istologia patologica della linfogranulomatosi.* — L'O. si sofferma sui diversi quadri istopatologici che può offrire la linfo-granulomatosi. Differenze nel quadro istopatologico esistono non solo fra caso e caso, ma anche in uno stesso caso tra gli organi che vengono colpiti. L'O. ne dà esempi, però avverte che l'esistenza di cellule di Sternberg nelle lesioni atipiche e l'insieme del quadro istopatologico permettono sempre di porre la diagnosi istopatologica.

F. MARCORA, G. SABATINI. — *Ricerche sperimentali in un caso di linfogranuloma maligno.* — Frammenti di ghiandola linfatica asetticamente prelevata da un individuo affetto da tipico linfogranuloma maligno furono inoculati in cani e conigli, sia nel peritoneo, che sottocute, che nella camera anteriore dell'occhio. In nessuno degli animali si poterono dimostrare manifestazioni tubercolari; solo in una cavia si notarono tumefazioni delle ghiandole retroperitoneali e piccoli noduli bianchi nel fegato costituiti da piccoli ammassi di elementi linfocitari.

Negativa fu la ricerca di cellule giganti, di bacilli acido-resistenti, di granuli di Muck.

P. ALESSANDRINI. — *Saggi di radioterapia nel linfogranuloma maligno.* — L'O. riferisce su un caso di morbo di Hodgkin accolto in condizioni gravissime. L'infermo fu sottoposto ad applicazioni terapeutiche giornaliere con raggi della durezza di 25-30 cm. di scintilla equivalente sotto filtro di 4 mm. di all., irradiando successivamente i varî gruppi ghiandolari per circa un mese e mezzo. Il miglioramento fu rapido e progressivo. L'O. conclude che anche in casi gravissimi di morbo di Hodgkin si possono avere risultati meravigliosi dalla radioterapia. Una irradiazione intensiva non solo non porta effetti nocivi, ma è accompagnata, oltre che dalla scomparsa dei sintomi obbiettivi, anche da una notevole benefica modificazione dello stato generale.

La radioterapia può avere in casi non irradiati prima, e specie nelle forme fruste di morbo di Hodgkin di diagnosi difficile, un valore diagnostico importante non esistendo forma morbosa pseudo-leucemica che risenta così rapidamente dell'effetto terapeutico.

DISCUSSIONE DELLE RELAZIONI SULLA LINFOGRANULOMATOSI.

A. BARLOCCO. — Ricorda come negli ultimi due anni, si siano presentati all'osservazione nelle Clinica di Genova ben 6 casi di linfogranuloma maligno tutti confermati all'autopsia. Richiama l'at-

tenzione su di un caso di linfogranuloma (con conferma anatomo-patologica) nel quale si avevano nette localizzazioni intestinali; e nell'anamnesi era ricordata una forma clinicamente analoga intervenuta circa 20 anni prima. Cita un altro caso nel quale furono riscontrate alterazioni delle ghiandole a secrezione interna (timo del peso di 80 gr. ipertrofia dell'ipofisi e delle capsule surrenali).

Circa l'andamento della temperatura in 3 casi l'O. ebbe ad osservare una curva termica a tipo continuo con elevazioni pronunciatamente vespertine.

In nessuno dei casi studiati nella Clinica di Genova si potè accertare l'eziologia tubercolare. L'eosinofilia frequentemente osservata, non fu mai nei 6 casi studiati dall'O. superiore al 4 %.

P. FOÀ. — Premette che non ha obbiezioni sostanziali da porre alle conclusioni di relatori. Non condivide peraltro l'opinione di Moreschi che la tubercolosi non abbia tendenza alle forme diffusive osservando che in casi di tubercolosi cronica poco attiva si trova non di rado una forma che tende a diffondersi per contiguità. Accettando la teoria di Bierich che la presenza delle plasmacellule e delle cellule eosinofili, sia dovuta ad attrazione esercitata su di esse dai prodotti tossici provenienti dalla degenerazione di tessuti, si ammette che i sopradetti elementi siano secondari ed accessori e non parte integrante del granuloma. Ammette col Ferrata l'origine istiogena della cellula di Sternberg, ma richiama l'attenzione sulla possibilità che il reperto di Sternberg, ritenuto specifico della linfogranulomatosi, si possa riscontrare in forme macroscopiche diverse l'una dall'altra. Cita 3 casi, l'uno di tipico morbo di Hodgkin, un altro che si presentava sotto forma di linfoma maligno progressivo cervicale e mediastinico con nessuna altra localizzazione in soggetto che morì di morte accidentale, un terzo di splenomegalia nel quale la milza presentava una miriade di granuli grigi in parte necrotici in tutto lo spessore dell'organo.

Granuli simili si riscontravano nel fegato. Il reperto istologico di questi granuli era quello del linfogranuloma maligno con tipiche cellule di Sternberg. In questi tre casi la ricerca diretta istologica di bacilli acido-resistenti fu negativa, mentre il reperto biologico nelle cavie fu positivo. Però l'infezione ebbe andamento estremamente lento e locale e solo dopo 5 e 6 mesi si potè trovare che la tubercolosi aveva invaso il fegato e la milza mentre le ghiandole inguinali vicine al luogo dell'innesto erano piccole e caseose.

L'O. non crede dimostrata l'identità tra tubercolosi e linfogranuloma, ma anche che la frequenza dell'esito positivo delle inoculazioni nelle cavie rispetto al bacillo acido-resistente, non sia facile a definire, anche affermando che possano essere frequenti le associazioni tra tubercolosi e linfogranulomatosi. Un quesito da porre è questo: se cause uguali possano produrre effetti macroscipici diversi, e se cause differenti possano produrre identici reperti istologici.

A. ROCCAVILLA. — Ricorda fra i tipi linfogranulomatosi una forma assai importante per quanto rara: il *cloroma così detto linfomatoso aleucemico*. L'andamento clinico e il quadro anatomo-istologico sono caratteristici e riproducono quelli fondamentali del linfogranuloma a decorso più severo. Accenna alla frequenza delle linfogranulomatosi in alcuni territori a preferenza che in altri e, pure dovendo dalla propria esperienza trarre argomento a favore di una natura assai di frequente tubercolare, pone la questione se si debba perseguire in un concetto imperioso monogenetico, oppure concedere, ed eventualmente anche non poco ad un criterio, sempre imperioso sì, ma nel contempo plurigenetico.

F. MICHELI. — Sottoscrive interamente alle conclusioni dei due relatori. Ritiene si debba negare ogni rapporto eziologico diretto fra linfogranulomatosi e bacilli tubercolari, per quanto in alcuni casi la coesistenza del bacillo di Koch nel tessuto granulomatoso costituisca un problema patogenetico di soluzione non certo facile. Dal punto di vista clinico la diagnosi è specialmente difficile nelle forme localizzate, giacchè la localizzazione può restare fissa per alcuni anni senza essere accompagnata da altri sintomi.

Così l'O. osserva come nelle forme a localizzazione retroperitoneale si possa arrivare alla diagnosi solo dopo aver valutati attentamente varii elementi clinici, di laboratorio e di decorso.

PIETROFORTE. — Espone brevemente 5 casi di linfogranulomatosi osservati nella Clinica Medica di Genova, di cui tre seguiti da necroscopia. Dai dati ricavati dall'osservazione clinica, dalle reazioni biologiche eseguite e dal reperto necroscopico crede di potere ammettere che non si possa senz'altro scartare l'idea che una certa relazione esista tra linfogranulomatosi ed infezione tubercolare.

A. BRANCATI. — Ricorda la frequenza della linfogranulomatosi in Sicilia. Circa l'eziologia crede che se il bacillo di Koch può avere importanza nell'eziologia della linfogranulomatosi, occorre pensare che all'agente infettivo si aggiunga un altro *quid* che dia ragione e della sintomatologia e delle alterazioni anatomo-patologiche. Riferisce un caso di linfogranuloma, nel quale si ebbe ad osservare come complicazione importante una profusa enterorragia per ulcera duodenale.

Risposta del relatore.

FERRATA. — Rispondendo (anche a nome del professor Moreschi dovutosi allontanare per gravi ragioni famigliari) ai vari oratori che hanno preso la parola nella discussione, nota come dalla più larga conoscenza della linfogranulomatosi, derivi che maggiore è il numero dei casi riferiti. Per le osservazioni compiute ammette che vi debbano essere regioni più colpite delle altre. Circa l'osservazione sulla specificità della cellula di Sternberg rileva come non possa la cellula di Sternberg sola isolata essere ritenuta quale elemento specifico del linfogranuloma, ma il tessuto di Sternberg costituito dalla cellula di Sternberg caratteristica per il suo polimorfismo e ben differenziabile dalle cellule giganti e dai megacariociti; e da un complesso di elementi di origine istioide che rispecchiano la particolare caratteristica istopatologica della forma morbosa. Circa l'eziologia osserva come gli esperimenti praticati tendano a dimostrare

una mancanza di affinità tra processo tubercolare e granulomatosi, e come si ritenga oggi che i bacilli riscontrati nel granuloma maligno non siano tubercolari, ma difteroidi.

Rileva che tali bacilli furono descritti anche nel morbo di Banti, onde essi perdono il carattere di specificità per il linfogranuloma. Accenna ai lavori della scuola di Orth, contrari alla natura tubercolare del linfogranuloma.

A proposito della parentela citata fra cloroma e granulomatosi osserva come veramente alcuni granulomi assumano una colorazione verdastra e ricorda come alcuni autori abbiano emesso un concetto granulomatoso del cloroma, e come altri ritengano il granuloma come una forma simile ai tumori.

Circa l'unicità o pluralità delle cause del granuloma, per coloro che ammettono come in alcuni casi si possa parlare di origine tubercolare del granuloma, si avrebbe per questo un concetto plurigenetico, mentre per coloro che negano l'origine tubercolare del granuloma, la causa sarebbe unica e allo stato attuale delle nostre conoscenze criptogenetica. Osservando per altro come il tessuto di Sternberg mantenga sempre la sua fisionomia caratteristica, come il granuloma abbia una localizzazione sistematica, un decorso progressivo sempre fatale si deve essere portati ad ammettere un unico fattore eziologico del granuloma maligno.

COMUNICAZIONI:

a) MALATTIE DELL'APPARATO EMOPOIETICO.

b) MALARIA.

c) MALATTIE INFETTIVE.

F. MICHELI e P. BASTAI. — *Forma famigliare di morbo di Banti.* — La comunicazione concerne una sindrome di Banti clinicamente assolutamente tipica, osservata in tre membri della stessa famiglia, due sorelle ed un fratello, immuni da sifilide e da qualsiasi altra tara ereditaria, nei quali la malattia presentò un decorso simile per sintomatologia e durata (4 anni). Del I e III caso si potè avere anche il reperto necroscopico, che mancò per il II. Dal punto di vista anatomico, mentre il quadro era macroscopicamente conforme a quello del morbo di Banti, istologicamente ne differiva perchè non si era potuto mettere in evidenza la classica fibro-adenia del follicolo. Essa era appena accennata nel primo malato, mentre faceva difetto nell'ultimo.

A. BARLOCCO. — *Curve leucocitarie nella diagnosi dell'infezione celtica.* — L'O. in 25 casi di sifilide secondaria, con l'iniezione di estratto alcoolico di fegato eredoluetico (1 cc.) tirato a secco e ripreso con 1 cc. di soluzione fisiologica constatò una iperleucocitosi neutrofila, seguita da leucopenia. Tale reazione non si ebbe nella forma di sifilide primaria; si ebbe invece in forme terziarie ed in alcune delle forme dette parasifilitiche. Tale indagine sta a rappresentare una reazione dell'apparato ematopoietico, sensibilizzato dal virus luetico, di fronte all'antigene luetico.

A. GASBARRINI. — *Sulla presenza di emoistioblasti e loro derivati nella leucemia linfocitica.* — L'O. studiando il sangue di un individuo affetto da leucemia acuta linfocitica, ha potuto osservare degli elementi cellulari identificabili con gli emoistioblasti descritti da Ferrata nella leucemia cronica granulocitica. Inoltre l'O. ha potuto osservare forme di passaggio fra questi elementi ed altre cellule che si potevano considerare come linfoblasti sopratutto per il loro aspetto endotelioide. Dai linfoblasti si hanno poi prolinfociti e linfociti. Alla stessa guisa di quanto ha reso noto Ferrata nella leucemia granulocitica, nella leucemia linfocitica dal primitivo emoistioblasto deriverebbero elementi lifocitici, e la presenza di tali elementi nel sangue circolante starebbe a dimostrare l'attiva funzione linfocitogena che il tessuto connettivo acquisterebbe in tale processo morboso.

A. GASBARRINI. — *Contributo allo studio di una particolare forma di emoglobinuria sperimentale — Su di un siero antiemoglobinurico.* — Continuando ricerche già precedentemente istituite in base alle quali era riuscito a provocare negli animali (cani e conigli) una particolare forma di emoglobinuria, l'O. potè dimostrare che era sufficiente riscaldare a 56° per 3 ore, o inattivare con la stagionatura l'emoglobina isotonizzata, perchè non insorgesse più o quasi il quadro emoglobinurico.

Con successive ricerche l'O. iniettando nei cani per via endovenosa il siero di sangue inattivato di cani e conigli previamente resi emoglobinurici, 5, 7 ore prima dell'iniezione peritoneale di emoglobina, riuscì ad impedire il caratteristico attacco emoglobinurico.

L'O., iniettando in un individuo affetto da emoglobinuria grave da favismo, 10 cc. di siero di coniglio sottoposto a ripetute iniezioni di sangue laccato, ottenne un notevole abbreviamento del periodo emoglobinurico, e usando lo stesso metodo in una donna affetta da porpora emorragica con ostinate epistassi ottenne la scomparsa immediata e persistente delle epistassi.

V. ASCOLI. — *Sull'emoglobinuria da malaria e specialmente sulla cura.* — L'O. richiama l'attenzione sulle forme di emoglobinuria da malaria in seguito alla somministrazione di dosi anche minime di chinino. Rileva come la gravità dell'accesso emoglobinurico sia in dipendenza della quantità di chinina somministrata. L'uso della cinconina ha una notevole importanza, perchè oltre essere efficace nella terapia contro la malaria, ha il vantaggio di non provocare accessi emoglobinurici. Permette di curare la malaria negli emoglobinurici. Solo in alcuni casi si è notata la manifestazione di emoglobinuria da cinconina, dopo l'uso prolungato di questa sostanza; ma in tal caso per combattere la malaria avremo a disposizione la chinina.

P. CESETTI e E. TRENTI. — *Sul valore dei mezzi di provocazione della malaria latente.* — Gli OO. hanno sperimentato l'adrenalina in malarici cronici per provocare la mobilizzazione dei parassiti malarici, ottenendo risultati favorevoli nel 15 % dei casi. Il confronto con le statistiche degli altri autori porta a differenze notevoli essendo riportate percentuali variabili da cifre minime a cifre altissime sino del 90 %. Gli OO. richiamano l'attenzione sulla importanza di praticare numerosi e pro-

lungati esami di sangue tanto prima dell'impiego dei mezzi di provocazione, quanto dopo per ottenere risultati rigorosi che possano permettere di concludere sicuramente sul valore dei vari metodi usati.

T. PONTANO e E. TRENTI. — *Ricerche sperimentali sul singhiozzo epidemico.* — Nel novembre-dicembre 1919 furono osservati varî casi di singhiozzo ad insorgenza acuta, della durata di alcuni giorni, per lo più con febbre, senza alcun altro sintomo. Le ricerche eseguite consisterono nell'iniettare in altri individui, sotto cute, il sangue in toto, o il sangue ossalatato e filtrato per candela Berkfeld, o il liquido cefalo-rachidiano filtrato pure per candela Berkfeld, o il liquido di lavaggio della cavità boccale pure filtrato per candela Berkfeld, presi da individui affetti da tale forma morbosa. I risultati furono tutti negativi. Tali casi comparvero quando già si manifestavano i primi casi di encefalite letargica, e cessarono quando si ebbe a notare lo sviluppo dell'epidemia di encefalite. Da questa sola osservazione e dal fatto che il singhiozzo è l'espressione di un tipico spasmo cronico del diaframma, si può supporre senza ammetterlo che esiste un nesso tra singhiozzo ed encefalite epidemica. Inoltre nei casi di encefalite epidemica osservati nella Clinica Medica di Roma (38), non si notò mai la comparsa o prima o durante, o dopo la malattia di singhiozzo.

F. MICHELI. — Osserva come le ricerche eseguite tendano ad escludere un rapporto eziologico tra singhiozzo epidemico ed encefalite epidemica; ma ritiene che la questione resti per ora affidata ai soli criteri epidemiologici e clinici. L'O. ammette probabile tale rapporto, poichè potè osservare 2 casi nei quali la sindrome classica di encefalite seguì a pochi giorni di distanza ad una sindrome di singhiozzo. Casi simili furono osservati da Economo, Bernard ed altri.

T. PONTANO e E. TRENTI. — *Sindrome setticemiche, senza meningite, provocate dal meningococco.* — Si tratta di un caso di manifesto stato settico con febbre intermittente ed esantema caratteristico variante da forme emorragiche a forme eritematose. L'emocoltura praticata 5 volte diede sempre luogo allo sviluppo dello stesso germe, un cocco Gram negativo, che cresceva bene in brodo sangue, agar sangue, agar arcite e non in brodo e agar comune. Fermentava bene il maltosio e le vulosio, appena il destrosio.

Tale germe era da identificare con i meningococchi e saggiato con i sieri diagnostici agglutinanti, esso veniva agglutinato a 55° dal siero Nicolle B e dal siero Caldarola B alla diluizione 1:100. Positiva era l'agglutinazione col siero del malato.

L'infermo presentò una sindrome meningea dapprima appena accennata, che acquistò poi sintomi evidenti e caratteristici; ed in seguito diminuì sino quasi a scomparire. Furono praticate 11 punture lombari; la prima diede liquido limpido a pressione alta; le altre liquido più o meno torbido, eccetto l'ultima che diede ancora liquido limpido. Il sedimento dimostrava abbondanti polinucleati, ma negativi furono gli esami microscopici praticati e sempre negative le culture in agar ascite.

All'autopsia, fu trovata una localizzazione in un solco dell'emisfero destro del cervelletto, con formazione di pus contenente cocchi intracellulari Gram-negativi.

Il caso riferito dimostra la possibilità di reazioni meningee-abacteriche dovute ad una localizzazione sotto piale del germe infettante, e come le così dette reazioni meningee abacteriche interpretate come espressione di un puro fatto tossico, possano essere talvolta dovute ad una vera e persistente localizzazione del germe nella zona sotto piale senza la presenza di localizzazioni meningee.

Seduta antimeridiana del 10 *novembre* 1920.

Presidenza: Prof. V. ASCOLI.

Sull'asma.

Prof. C. FRUGONI, *relatore.*

Premesse. — Le espressioni: asma essenziale, a. riflesso, a. nervoso vanno abbandonte per mantenere solo quella di «asma bronchiale».

Le forme d'asma *sintomo* di altra malattia fondamentale e le forme di nevrosi respiratoria pura (crisi asmatiformi da isteria, ecc.), vanno escluse dall'asma bronchiale *sindrome*, malattia a sè.

Per l'intima analogia e corrispondenza tra l'asma bronchiale e l'asma da fieno, nelle sue molteplici espressioni, dalle più lievi e circoscritte (nasali ad es.) all'asma il più conclamato, l'asma da fieno va compreso nel capitolo «asma bronchiale».

Eziologia. — È opportuno distinguere tra fattori eziologici disponenti e determinanti; fra questi ultimi una stessa sostanza può agire talora tanto da preparatrice dell'ambiente interno di latenza asmatica che da scatenatrice di attacco (concezione anafilattica dell'asma).

Tra le cause concorrenti o disponenti e talora di importanza veramente preponderante, vanno considerate l'ereditarietà, la costituzione neuropatica con le inerenti anomalie funzionali e abnormi reattività (stimoli nasali, ecc.), l'artritismo e la diatesi ossalica, la diatesi essudativa di Czerny (e la vagotonia costituzionale).

Può ammettersi che talune forme siano, se non direttamente determinate, favorite da squilibri funzionali tiroidei e tiro-ovarici, specie con effetti di ipertonia vagale.

Non è più da ammettersi l'antagonismo asma-tubercolosi, ma nemmeno è da considerarsi raggiunta una rigorosa dimostrazione che nell'asma bronchiale si riscontrino lesioni tubercolari con particolare frequenza, nè che quelle trovate siano direttamente provocatrici di asma bronchiale.

Le lesioni nasali *di per sè* non sono determinatrici d'asma; possono considerarsi cause concorrenti qualora terreno asmogeno si dia; è questo quello che conta; tanto vale un polipo, quanto vale il terreno.

L'asma da fieno riconosce per causa diretta il polline di determinate specie, verso il quale taluni soggetti si trovano in istato di speciale ipersensibilità.

Si hanno infatti reciproci rapporti *obbligatori* di tempo e luogo e se si allestiscono estratti pollinici corrispondenti questi:

a) se cimentati per oftalmo-, intradermo-, cuti-reazione, danno reazioni locali particolari;

b) se impiegati in dosi sufficienti (per iniezione, applicazione sulle mucose nasale, rettale, ecc.) provocano l'accesso, indipendentemente dalla stagione;

c) se iniettati in serie, da dosi minimali a dosi scalarmente progressive, sembrano indurre graduale dissensibilizzazione, con esito in guarigione, temporanea almeno.

Gli stessi estratti invece non danno in genere azioni nè reazioni in soggetti controllo o in asmatici bronchiali di altra eziologia o anche in quelli fra gli asmatici che son sensibili verso il polline, ma di qualità diverse da quella cimentata; può quindi parlarsi fino ad un certo punto di specificità.

Indagini istituite con analogo indirizzo in forme di asma bronchiale vero, hanno permesso di identificarne l'eziologia quasi nel 50 % dei casi.

Allestiti, in base a quanto la clinica suggeriva, tipi vari di estratti con numerose proteine animali o vegetali che giungono all'uomo per inalazione o per ingestione, o con proteine batteriche e opportunamente cimentati, risultò che non sogliono dare in soggetti controllo nessuna reazione generale e sola raramente reazioni locali.

Una cutireazione con detto materiale positiva, non ha *di per sè* presa che un valore relativo di orientamento; ma questo diventa di presunzione quando si dia corrispondenza coi dati clinici, e attendibile dimostrazione invece quando la prova sia convalidata dalla riproduzione sperimentale dell'attacco e dalla controprova terapeutica, sia per cessazione degli attacchi eliminando la causa, che per ottenuta dissensibilizzazione con trattamento specifico con dosi scalarmente ascendenti: fatti questi che è appunto dato di provocare e di osservare.

Si sono così riconosciuti casi di asma bronchiale da esalazione di animali (cavallo, gatto, uccelli, ecc.) e loro derivati (lana, penne, ecc.), o di vegetali e loro derivati (polveri, ciprie, profumi, ecc.) e casi di asma da alimenti, essi pure vegetali od animali.

Risultati analoghi (per le prove diagnostiche e controprova terapeutica) ottenuti con estratti batterici «corrispondenti» e cioè con germi di volta in volta isolati dal singolo caso, in asmatici bronchiali portatori di focolai batterici o di lesioni infiammatorie, fanno ammettere possibile che anche si diano casi di specifica ipersensibilità di fronte a proteine batteriche.

Le forme sopra indicate rappresentano globalmente quasi il 50 % dei casi; ne rimane tuttavia all'incirca una metà senza determinata eziologia (asmatici «non sensibili») e per questa, — contrariamente a quanto la scuola americana ritiene ed ammette — la guarigione che nella metà dei casi seguirebbe ad auto-vaccino-terapia per vaccini panbatterici tratti dalle mucosità dei bronchi, bocca e naso non è argomento attendibile per trarne deduzioni eziologiche.

La eziologia diretta di questi casi è da considerarsi ancora indeterminata e il problema sempre allo studio.

Comunque può ritenersi dimostrato che un discreto numero di casi di asma bronchiale dipende da inalazione o ingestione di proteine vegetali od animali verso le quali l'organismo si trova in istato di specifica ipersensibilità, e altri probabilmente da assorbimento di proteine batteriche per complicanti affezioni.

Se poi altre proteine si diano, capaci di ipersensibilità in senso asmogeno in terreno sempre costituzionalmente e nevroticamente disposto o se il raggio d'azione delle proteine batteriche sia più vasto di quanto non sembri, e quale esattamente sia la eziologia dei casi «non sensibili», solo ulteriori ricerche potran stabilire.

EZIOLOGIA . . .

- *Cause predisponenti* . .
  - Ereditarietà.
  - Costituzione neuropatica.
  - Artritismo (e diatesi ossalica)
  - Diatesi essudativa (e costituzione vagotonica?)
  - Squilibri endocrinici (tiroide, ghiandole sessuali)
  - (Tubercolosi?)
- *Cause determinanti*. .
  - Cause anafilattogene . .
    - *Esogene* .
      - da inalazione
        - animali
        - vegetali
          - periodiche (asma da fieno)
          - aperiodiche
      - da ingestione
        - animali
        - vegetali
      - da iniezione.
        - animali
        - vegetali
    - *Endogene* - da autolisi batterica
  - Cause ancora ignote. . . - (circa il 50% dei casi e più)

Definizione. — Per «Asma bronchiale» s'intende una sindrome di natura in parte non ancora esattamente determinata e in parte invece probabilmente anafilattica per azione di proteine eterogenee agenti in terreno costituzionalmente e nevroticamente disposto, sindrome caratterizzata da un lato da particolari modificazioni cito-umorali e dall'altro da manifestazioni accessionali (periodiche ed aperiodiche) a livello di qualunque punto delle vie respiratorie dal naso ai bronchi con particolari fenomeni spastici, secretori, vasomotori.

Anatomia-patologica e Sintomatologia. — L'anatomia patologica, oltre alle comuni alterazioni secondarie (enfisema sostanziale, ecc.), registra stato catarrale della mucosa bronchiale con reperto nel lume di muco, cellule bronchiali di cui la maggior parte non degenerate, eosinofili, cristalli Leyden-Charcot, spirali di Curchmann e infiltrazione eosinofila delle pareti bronchiali, trachea, laringe e intensissima della mucosa nasale.

Nessuno degli elementi dello sputo, cristalli Leyden-Charcot, spirali di Curchmann, cellule bronciali non degenerate, eosinofili, è patognomonico, ma la loro associazione è caratteristica.

L'eosinofilia dell'asma bronchiale è ritenuta espressione di intossicazione intraorganica e da taluno di particolare costituzione; è stata messa in rapporto con stimoli emananti dal sistema autonomo e con uno stato di sensibilità anafilattica, ma è prematuro e impossibile ancora formular conclusioni fondate. L'eosinofilia locale (vedi anat. pat.) che porta all'esoinofilia dello sputo sembra sia da considerarsi più di origine ematogena generale che istiogena locale.

I cristalli di Leyden-Charcot sembran costituiti da amine analoghe a quelle derivanti dalla putrefazione dell'istidina che dà una base analoga alla B. imihazoliletinamina, sostanza (sperimentalmente almeno) bronco-spatica per eccellenza. Però le varie ricerche (in campo anafilattico) per le quali taluno ha creduto riconoscere nei cristalli la causa immediata dell'asma, abbisognano di ulteriori conferme e le deduzioni tratte non sono per ora accettabili, nè giustificate.

Le spirali di Curchmann più che espressione morfologica di una vera bronchiolite essudativa, sono un prodotto delle particolari condizioni fisico-meccaniche cui soggiace il muco in corso di attacco asmatico.

I tre elementi spastico, secretorio, vaso-motorio, vanno in genere, negli attacchi di una certa entità, associati; il bronco-spasmo è probabilmente il fattore preponderante d'onde la distensione polmonare acuta (e l'abbassamento passivo del diaframma) e la bradipnea espiratoria.

Nella sintomatologia dell'asma bronchiale, vanno ricordate singolari proprietà cito-umorali, quali la eosinofilia generale e locale, le azioni e reazioni (cutireazione, provocabilità dell'attacco, ecc.) già ricordate di fronte ad estratti corrispondenti, e la «crisi emoclasica» interponentesi come tacito preludio preparatorio tra fattore asmogeno e l'attacco d'asma (e caratterizzata da ipotensione, leuco- e piastrinopenia, inversione della formula, turbe della coagulabilità del sangue, aspetto rutilante del sangue venoso, variazioni brusche dell'indice refrattometrico del siero).

La sintomatologia va perdendo di tipicità con l'ordirsi di condizioni anatomiche o funzionali secondarie o complicanti (catarro bronchiale abituale, enfisema sostanziale, ecc.) con passaggio in asma bronchiale cronico o in asma perpetuo.

Terapia. — La terapia dell'asma bronchiale si è arricchita di due nuovi trattamenti eziologico l'uno, sintomatico l'altro.

Terapia eziologica di specifica dissensibilizzazione è praticata nei casi di asma di riconociuta eziologia proteinica, per iniezioni in serie scalarmente ascendente dell'estratto corrispondente, iniziando con metà della dose minima capace di dare cutireazione.

Col procedere della cura e nei casi favorevoli la cutireazione diminuisce fino a sparire e gli ammalati (per un periodo, da alcuni mesi ad 1-2 anni al più) divengono refrattari e indifferenti alle cause e sostanze prima per essi asmogene.

Secondo gli AA. americani i risultati, ottimi per l'asma da fieno (85 % di guarigioni), sono molto buoni (60-70 % di esiti positivi) per l'asma da inalazioni, e buoni (50-60 %) per l'asma alimentare.

E analoghi risultati (75 % di guarigioni) darebbe la vaccinazione con estratti batterici «corrispondenti» in casi di asmatici bronchiali «sensibili identificati».

L'autovaccinoterapia con vaccini panbatterici tratti dalle mucose bronco-oro-nasali degli asmatici «non sensibili», cui viene attribuito il 50 % di guarigioni, e la proteinoterapia aspecifica dei «sensibili» sono problemi da considerarsi ancora allo studio.

La cura sintomatica locale endo-bronchiale con adrenalina sola o con pituitrina dà notevoli risultati, più pronti e più prolungati che per iniezione, ma — salvo casi speciali — non ha indicazione di preferenza e ciò per la tecnica inerente.

Trattamento sintomatico di elezione dell'accesso di «asma bronchiale vero» è l'iniezione di adrenalina o sola, o molto meglio associata ad estratto ipofisario.

La medicazione surreno-ipofisaria tronca abitualmente e rapidamente l'accesso, per qualche ora almeno, e può essere in genere varié volte ripetuta per il medesimo attacco e per lungo tempo protratta senza spiacevoli conseguenze, salvo sempre le controindicazioni generiche per l'impiego delle dette sostanze.

L'adrenalina sembra principalmente agire in quanto vince per stimolazione la paralisi simpatica e risolve con ciò l'inerente broncospasmo da ipertonia reattiva vagale.

La pituitrina esplica azione di rinforzo sull'adrenalina e sembra utilmente influenzare anche i successivi attacchi.

Prof. L. GIUFFRÈ, *correlatore*.

I) *Definizione.* — L'asma bronchiale è una nevrosi respiratoria caratterizzata da una speciale eccitabilità di alcuni neuroni respiratori e di altri vasomotori e secretori, la quale, preparata da

cause diverse predisponenti, è determinata dalle stesse cause o da altre, e si manifesta con accessi d'ordinario notturni caratterizzati principalmente dallo spasmo (ipereinesi) dei bronchioli, e dalla congestione e ipersecrezione (ipercrinia) della mucosa bronchiale.

II) *Accenno alla Sintomatologia, all'Anatomia patologica e alle rispettive forme cliniche.* — Le più comuni manifestazioni, oltre l'ipercinesi e l'ipercrinia bronchiale, sono la dispnea prevalentemente espiratoria, rumorosa; l'abbassamento del diaframma, il rigonfiamento del polmone, l'eosinofilia (bronchiale ed ematica), la crisi emoclasica, la vaso- o simpatico-tonia; la presenza nell'espettorato di cellule bronchiali integre non degenerate, di cristalli di Charcot-Leydem e di spirali di Curschmann. Nella maggioranza dei casi questi elementi si presentano tutti in modo uniforme dando luogo allo sviluppo di forme tipiche; mentre in altri casi la varia modalità con la quale si manifestano porta a forme atipiche o incomplete o fruste. Quando prevalga la ipercinesi bronchiale si hanno forme *secche* o *vagali* quando invece prevalga l'ipercrinia bronchiale si hanno forme *essudative* o *simpatiche*.

Si distingue anche una forma bulbare (o centrale, propriamente detta), e una forma cerebrale e periferica.

III) *Accenno all'Etiologia ed alle rispettive forme cliniche.* — Due gruppi di cause occorre distinguere nell'etiologia dell'asma; cause predisponenti (alterazioni del metabolismo organico e del sistema nervoso, del sistema-endocrino-simpatico; azione di sostanze tossiche endogene o esogene) e cause determinanti (tossiche, locali, traumatiche, nevrotiche pure e neuro-psichiche). In relazione a ciò si distinguono forme ereditarie, forme tossiche, neurotiche pure, traumatiche, da inalazioni, ecc.

IV) *Accenno alla distinzione nosografica di una forma primitiva e di forme sintomatiche e di forme spurie.* — Quando tale nevrosi occorra come malattia a sè primitiva o protopatica si tratta di asma vero (essenziale degli Antichi) nella forma classica o nella forma di asma da fieno; quando invece si presenti come forma secondaria o deuteropatica si tratta di un sintomo di malattie diverse (isterismo, epilessia, tetania, morbo di Flaiani-Basedow, catarro bronchiale cronico con enfisema, ecc.). In molti casi poi si tratta di forme dispnoiche che nulla hanno in comune con l'asma vero, e che rappresentano asmi spuri o pseudo-asmi, o stati asmatiformi.

V) *Patogenesi.* — L'asma nella sua forma classica non solo, ma anche in quella estiva rappresenta sempre una vera neurosi, anzi la più frequente e conosciuta delle neurosi respiratorie.

Circa il meccanismo patogenetico dell'asma, le diverse ipotesi formulate si possono raggruppare in tre teorie: *teoria riflessa; teoria anafilattica; teoria endocrina.*

Secondo la teoria riflessa, l'asma è considerato come una azione riflessa, effetto di una o di parecchie cause che agiscono sulle varie sezioni dei neuroni del rispettivo arco diastaltico. Questa teoria spiega alcuni elementi della sindrome asmatica e specialmente l'ipercinesi e l'ipererinia, ma non serve a spiegare l'azione della cause di natura tossica nè il subitaneo scoppio dell'accesso la crisi emoclasica, l'eosinofilia, ecc.

Per la teoria anafilattica il soggetto asmatico si trova in permanenza sensibilizzato per l'una o per l'altra delle tante sostanze tossiche (albumine eterogenee) che rappresentano altrettante cause predisponenti. La causa determinante agirebbe come forza scatenatrice nello scoppio dell'accesso asmatico. Questa teoria si è recentemente sviluppata per gli studi e le osservazioni di Walker e di altri in America, ed ha fatto meglio conoscere il meccanismo di azione di molte cause predisponenti e determinanti. Essa spiega inoltre l'insorgere brusco dell'accesso, la sua brusca scomparsa e l'uniformità del suo complesso sintomatico, l'emoclasia, l'eosincofilia; ma si può applicare soltanto ai casi di origine tossica, e a pochissimi di quelli che riconoscono come causa la eredità similare, mentre non spiega i casi di origine neurotica o traumatica, nè porta alcuna luce sulla predisposizione generale nè su quella locale.

Inoltre, mentre tutte le sostanze anafilattogene sono proteiche, colloidali, non tutte le sostanze capaci di determinare l'asma possono essere comprese fra lo sostanze colloidi, e per molte sostanze sicuramente anafilattogene, non si è potuto dimostrare che possano essere causa di asma. Nè esiste una vera identità fra crisi asmatica e crisi anafilattica, anzi tale identità è contraddetta dalla diversa azione dell'adrenalina e da altre prove sperimentali — e ben diverso dal comune choc anafilattico e dal vero accesso asmatico si presenta il bronco-spasmo. E se anche l'accesso asmatico si effettuasse col meccanismo della scarica anafilattica occorrerebbe invocare una speciale ipereccitabilità dei neuroni respiratori e secretori.

La teoria endocrinica considera l'asmatico come un soggetto colpito da squilibrio o instabilità endocrina, e l'accesso dovuto a scarica nel sangue di succo glandolare anormale per quantità o qualità. Tale teoria si fonda sopra osservazioni di stati asmatiformi intercorrenti in casi di affezioni delle varie ghiandole endocrine e sui risultati terapeutici ottenuti in molti casi con l'uso dell'adrenalina e di estratti di altre ghiandole. Essa spiega la presenza in alcuni asmatici di alterazioni funzionali dell'apparato endocrino o di stati di vagotonia o simpaticotonia. La teoria endocrinica peraltro non si adatta alla pluralità dei casi ed alla molteplicità delle cause e degli elementi anatomici e funzionali della sindrome asmatica vera. Però, dato che il sistema endocrino-simpatico è il grande regolatore del ricambio materiale e delle reazioni nervose, la teoria endocrinica, meglio delle altre si presta a chiarire i rapporti tra asma e alterazioni del ricambio, affezioni cutanee ed altre manifestazioni nevrotiche, ed a spiegare la comparsa notturna dell'accesso asmatico la bradipnea, l'eosinofilia.

Ma anche la teoria endocrinica, se pure serve a meglio comprendere molti dei fenomeni dell'accesso asmatico, non può però adattarsi all'esplicazione di tutti i casi di asma, ma solo ed in parte di un piccolo numero di essi. Con l'una o con l'altra delle tre teorie si riesce a spiegare la genesi dei diversi elementi del quadro clinico, o per lo meno dei principali tra essi, l'ipercinesi e l'ipercrinia bronchiale. In alcuni casi è preferibile la spiegazione data dall'una, in altri quella data dall'altra teoria, ma nel maggior numero dei casi occorre invocare tutte tre le teorie per spiegare tutto il complesso sintomatico. In contrapposizione a questi stanno quei casi per i quali è necessario ricorrere a spiegazioni che non rientrano in nessuna delle tre teorie.

Conclusione generale - Unità del meccanismo patogenico fondamentale. — Nella grande varietà del complesso sintomatico dell'asma, esistono due elementi costanti ed uguali sempre in tutte le forme, cioè l'ipercinesi e l'ipercrinia bronchiale, così come identico è in tutti i casi il congegno fondamentale che dà luogo alla produzione di essi. Tale congegno fondamentale è rappresentato dalla speciale eccitabilità di dati neuroni e deve essere considerato come fatto essenziale indispensabile per la produzione dell'accesso asmatico. Onde uno si appalesa sempre ed in tutti i casi l'elemento etiogenetico fondamentale; quella speciale ipereccitabilità di dati neuroni, comunque sia preparata e determinata, nel singolo caso, dall'una o dall'altra causa e coll'uno o coll'altro meccanismo (elemento etiogenetico secondario), appartenente (o non) all'una o all'altra di quelle tre teorie.

COMUNICAZIONI SULL'ASMA BRONCHIALE.

L. D'AMATO. — *Ricerche sulla patogenesi dell'asma bronchiale.* — L'O. con le sue ricerche erasi prefisso: 1° di vedere se il broncospasmo sperimentale riproduce negli animali una forma di respiro identica a quella del respiro asmatico; 2° di vedere se le sostanze ad azione simpaticotonica e vagotonica riproducono negli animali il tipo di respiro asmatico; 3° di vedere se gli estratti di ghiandole a secrezione interna modificano il tipo respiratorio in modo analogo al tipo asmatico.

Nel broncospasmo sperimentale usando dosi convenienti di peptone si ottiene una forte bradipnea, ma il rapporto tra la inspirazione e l'espirazione è conservato. L'atropina fa scomparire rapidamente il broncospasmo sperimentale; l'adrenalina impedisce il broncospasmo da peptone, non quello anafilattico; il taglio dei vaghi non impedisce il broncospasmo da peptone.

L'iniezione endovenosa di adrenalina nelle cavie non produce mai un prolungamento dell'espirazione, mentre la pilocarpina determina una dispnea nettamente inspiratoria.

Usando estratti delle varie ghiandole a secrezione interna, non potè mai provocare sperimentalmente un broncospasmo evidente, paragonabile a quello prodotto dal peptone o dallo *choc* anafilattico.

Secondo l'O. è certo che questi risultati sperimentali invitano a ristudiare a fondo il problema patogenetico dell'asma per dare alla patogenesi di questa malattia una base di fatti sicuramente provati, che finora risulta molto deficiente.

G. SABATINI. — *La reazione cutanea colle proteine di Walker negli asmatici e nei non asmatici.* — L'O. espone i risultati ottenuti su 50 individui non asmatici e su 4 asmatici essenziali mediante le cutireazioni praticate colle proteine di Walker. Alcune di tali proteine erano state preparate per la prima volta in Italia dall'O., altre erano state inviate direttamente da Walker. Nei non asmatici le cutireazioni colle sostanze più frequentemente causa di anafilassi sono state positive verso una o più proteine nel 18 % e negative nel 72 %, dubbie nel 10 %.

Di 4 asmatici essenziali 3 non hanno reagito affatto, uno ha dimostrato sensibilità alla forfora di cavallo e alla proteina di frumento all'1 : 100.000.

BOERI. — *Contributo alla terapia dell'asma bronchiale.* — L'O. osserva che in molti casi non si può fare a meno di ricorrere alle cure comuni, che sono sedative, anzi più propriamente deprimenti, perchè si fondano su una pretesa natura dell'asma da ipereccitazione con iperfunzione. Ma l'asma è una nevrosi da depressione, onde la cura razionale e causale deve essere tonico-ricostituente, associata alla cura psichica, alla rieducazione dell'apparato respiratorio.

G. A. PARI e G. B. BELLONI. — *Sull'anafilassi, come fattore dell'asma bronchiale.* — L'O. ricorda due casi clinici, nell'uno dei quali l'accesso asmatico era provocato dall'odore della carne bovina macellata, nell'altro dal contatto con cavalli.

In entrambi la cutireazione secondo il metodo di Walker fu positiva, e ciò fa ritenere, insieme con i dati anamnestici, si trattasse di asma bronchiale da anafilassi.

Sperimentando sui conigli poterono ottenere il broncospasmo adoperando peptone Maquaire; non adoperando peptone Witte, come già aveva constatato Pal. Si determinava con ciò un aumento del volume del polmone, che rimaneva permanentemente in una attitudine inspiratoria. Studiando l'influenza del vago, osservarono che nè con la stimolazione faradica del vago al collo, nè con la sua recisione eseguita prima o dopo dell'iniezione di peptone, si poteva comunque modificare il broncospasmo, contrariamente a quanto era da attendere dalle nozioni sull'azione antiasmatica di sostanze paralizzanti del vago (atropina) o simpaticotrope (adrenalina, ipofisina).

L'O. crede quindi che l'azione inibitoria dell'atropina e dell'adrenalina sul broncospasmo da peptone o da anafilassi, come pure l'azione terapeutica dell'atropina e dell'adrenalina nell'asma bronchiale, sia più complessa di quanto appare a prima vista.

Seduta pomeridiana.

Presidenza: Prof. L. DEVOTO.

DISCUSSIONE DELLA RELAZIONE SULL'ASMA BRONCHIALE.

BARLOCCO. — Riferisce le ricerche eseguite in parecchi casi di asma bronchiale essenziale sul ricambio intermedio, ricercando nel sangue l'azoto totale, l'azoto ureico, i cloruri, il calcio, i grassi prima dell'attacco, durante l'attacco e dopo l'attacco. Egli trovò valori alquanto elevati per l'azoto totale, che diminuisce durante e subito dopo l'attacco. I cloruri non dimostrano oscillazioni significative. Il glucosio diminuisce dopo l'attacco. Il calcio aumenta durante l'attacco per ritornare subito dopo al valore di partenza. I grassi diminuiscono nettamente nel periodo che succede all'attacco.

La colesterina diminuisce durante l'attacco asmatico; l'indacano sanguigno in alcuni casi aumenta dopo l'attacco.

L. PRETI. — In alcuni ammalati di asma bronchiale essenziale ha notato costantemente un aumento dell'acido urico nel sangue, tra un accesso e l'altro e specie durante l'accesso. Anche la capacità respiratoria dei globuli rossi è alterata, diminuita per l'ossigeno, aumentata per l'anidride carbonica.

Osserva quindi come in alcuni asmatici si abbiano le alterazioni più tipiche dell'uricemia.

Domanda ai Relatori se nello scoppio dell'accesso asmatico non possa avere influenza lo stato climaterico.

Circa la terapia l'O. fa notare che vi sono casi nei quali l'accesso scompare senza alcun intervento, altri benevolmente influenzati dall'adrenalina associata o no alla pituitrina; tutti però risentono un'influenza favorevole dalla morfina.

Cita un caso di un giovane sofferente da 5 anni di accessi asmatici, nel quale l'asportazione di parte di cornetti condusse alla scomparsa dell'asma.

A. BRANCATI. — Ammette l'importanza delle teorie anafilattica ed endocrinica per la patogenesi dell'asma, ma ritiene che grande peso si debba dare alla gotta, quale notevole alterazione del ricambio materiale per spiegare l'asma bronchiale. Molti asmatici presentano una costituzione artritica, o neuroartritica, tendente al polisarcismo, e secondo l'O. l'accesso asmatico essenziale si differenzia da quello riflesso, da quello dovuto a proteine animali e vegetali, perchè avviene per un alterato ricambio materiale, per una diminuita ossidazione dei prodotti intermedi azotati, per il rallentato ricambio osmotico. Nello stesso individuo ad un puro attacco di gotta segue un accesso di emicrania, poi uno di epilessia. Scompare l'epilessia e si ha un accesso asmatico. L'O. afferma dunque che è sempre la stessa causa che agisce, la gotta, che esplicando la sua azione sul bulbo e sui centri del respiro determina broncospasmo, congestione della mucosa bronchiale. La cura quindi deve essere anzitutto dietetica, aiutata dai sedativi e specie dalla morfina, tenendo anche presente che buoni risultati si ottengono con l'uso dell'asmolisina.

M. ASCOLI. — Rileva l'importanza della teoria anafilattica nella patogenesi dell'asma, osservando come la concezione anafilattica dell'asma rinsaldi i vincoli che uniscono tale forma ad alcune malattie del ricambio. L'O. rileva ancora l'importanza delle perturbazioni dello tsato endocrino nella patologia dell'asma. Così la terapia deve esplicarsi nei due fattori, anafilassi, e squilibrio endocrino, usando la vaccinoterapia specifica ed aspecifica e la opoterapia endocrina.

F. MICHELI. — La dottrina anafilattica dell'asma bronchiale, per una parte almeno dei casi del così detto asma essenziale, risponde ad una serie di fatti clinici, sperimentali, biologici, ematologici (eosinofilia) terapeutici che sono stati opportunamente illustrati dai Relatori. Le prove di cutireazione hanno un valore relativo, sovratutto perchè le cutireazioni in genere, compresa quella tubercolinica non hanno carattere di specificità; dànno per altro valore al concetto di forme di asma anafilattico. L'O. ricorda due casi tipici di asma da emanazioni di cavallo. Anche in questi casi grande è l'importanza di speciali condizioni predisponenti.

L'O. nota infine come anche nell'asma sperimentale della cavie, l'atropina e l'adrenalina, secondo le esperienze di Friedberger, ecc., spiegano una certa efficacia nell'inibire lo *choc* anafilattico. Considerando che le manifestazioni anafilattiche sono prevalentemente d'ordine vagotonico, l'unità patogenetica fondamentale dell'asma bronchiale potrebbe essere cercata nel concetto di una eccitazione delle terminazioni del vago determinata sia dalla reazione anafilattica, sia da stimoli di natura diversa in soggetti predisposti.

PIETROFORTE. — Ammette la coesistenza di lesioni tubercolari e di asma nello stesso individuo. e dall'esame di due casi, in cui appunto le due affezioni coesistevano, da lui trattati con la tubercolina (nella Clinica Medica di Genova) arriva alla conclusione che da tale trattamento si possono avere buoni risultati. Il favorevole risultato si può agevolmente spiegare alla luce della moderna teoria dell'anafilassi, ammettendo che nell'individuo tubercoloso sensibilizzato le piccole dosi di tubercolina impediscono l'esplodere dell'accidente anafilattico (accesso di asma).

MASTROINI. — L'O. riferisce come egli stesso andasse soggetto ad attacchi di asma dall'autunno alla primavera con riacutizzazione di un catarro bronchiale cronico.

Egli appartiene a famiglia di artritici e gottosi. L'O. si sottopose a irradiazioni stimolative dell'ipofisi e da allora non ha più sofferto di attacchi di asma. L'O. si domanda quindi se il risultato favorevole conseguito, dato il suo disturbo del ricambio nucleinico, non sia da attribuire ad una azione favorevole esercitata dall'ipofisi irradiata sull'intero ricambio. Circa le varie teorie

patogenetiche dell'asma l'O. ritiene che non si debba parlare di teoria nervosa, e che solo si possano prendere in considerazione la teoria anafilattica e quella endocrinica, che richiedono però ancora ulteriori studi.

V. Ascoli. — L'O. osserva come molto opportuno sarebbe stato concedere maggiore parte nella relazione sull'asma alla sintomatologia ed alla diagnosi. Ritiene che non si possa clinicamente equiparare l'asma da fieno all'asma bronchiale essenziale: e che perciò diminuisce il valore attribuito alla teoria anafilattica per la spiegazione della patogenesi dell'asma. L'O. rileva che nell'asma vero essenziale importanza decisiva ha l'ambiente interno, la disposizione. Generalmente gli asmatici sono dei vagotonici e bastano in essi stimoli minimi per provocare l'attacco. Dalle osservazioni cliniche, si deduce che l'asma è più frequente nell'età infantile e all'epoca della menopausa, quando non si è ancora stabilito, o è perturbato l'equilibrio endocrino. Insiste sui rapporti tra asma e tubercolosi, affermando come egli abbia frequentemente trovato la tubercolosi, specie nella sua forma spenta, o nelle manifestazioni scrofolose, nei soggetti affetti da asma. Nell'asma dunque la massima importanza spetta alla disposizione organica che crea l'ipersensibilità del sistema nervoso viscerale. L'O. ritiene accettabile per l'asma il concetto di Trousseau di una *nevrosi diatesica*, dando all'epiteto diatesico l'espressione di uno squilibrio di origine endocrina, ed intendendo per neurosi l'aumentata eccitabilità variamente originata del sistema nervoso vegetativo e specialmente del sistema vagale.

Devoto. — Richiama l'attenzione dei colleghi sopra i favorevoli risultati che si ottengono nella cura delle forme asmatiche colla climatoterapia di alta montagna in qualunque periodo dell'anno.

E poichè oggi poco si sa del meccanismo di azione del clima di alta montagna sul decorso favorevole dell'asma bronchiale, l'O. crede che in mezzo ai problemi di studi prospettati dai relatori meriti di essere tenuto presente il fattore climatico nella terapia dell'asma bronchiale.

U. Arcangeli. — L'O. osserva come frequenti siano i casi di individui che dopo uno o più catarri bronchiali hanno attacchi di asma. Ritiene si tratti di uno stato anafilattico verso i bacteri che dànno luogo ai comuni catarri bronchiali. Osserva come nei malati nei quali l'asma si sviluppa tardivamente dopo i 50 anni sia frequente la sifilide, e come essi guariscano con la cura specifica.

Castellino. — Osserva l'importanza della teoria endocrinica nella patogenesi dell'asma bronchiale, sindrome clinica evolventesi su una predisposizione costituzionale ed a carico di tutto l'organismo. Rileva la influenza dello sviluppo delle varie parti del sistema endocrino nelle diverse fasi dello svillppo dell'organismo e specie nella pubertà e all'età della menopausa.

Frugoni. — Risponde ai vari oratori intrattenendosi sul concetto anafilattico dell'asma bronchiale e sulla percentuale non lieve di forme di asma per le quali è stato possibile, sulla guida delle nozioni anafilattiche, dimostrare la sostanza capace di scatenare l'accesso asmatico con il meccanismo dell'anafilassi, mentre le cutireazioni introdotte dal Walker riuscivano in parte a rendere evidente uno stato di sensibilizzazione dell'organismo di fronte a tali sostanze.

Ritiene che l'asma da fieno, espressione di asma anafilattico, debba essere compreso fra le forme di vero asma bronchiale. Crede non si possa rigorosamente ammettere una dipendenza netta tra tubercolosi ed asma, pure verificandosi spesso l'esistenza di accessi asmatici in individui con segni di affezioni tubercolari spente o latenti.

Giuffrè. — Circa l'obiezione mossa sullo sviluppo del concetto clinico dell'asma, rileva come per la diversità delle forme cliniche di asma, per la multiforme sintomatologia e per la varietà dell'agente eziologico si debba parlare di varie e distinte forme di asma bronchiale, le quali per altro sono tutte collegate da un fattore unico e uguale, dalla ipercinesi e ipercrinia bronchiale. La molteplicità dell'agente eziologico nelle varie forme che l'asma bronchiale può assumere, è di guida nella terapia delle singole forme, dovendo essa variare secondo i casi, preoccupandosi di modificare in ogni caso quelle condizioni sia predisponenti che determinanti ora dovute ad alterazioni del ricambio, ora a fenomeni anafilattici, ora a squilibrio endocrino, ma tutte capaci di provocare lo scoppio dell'accesso asmatico.

Comunicazione sul sistema nervoso.

G. Mingazzini. — *Cystis arachnoidea medullae - Vuotamento - Guarigione.* — Riferisce il caso clinico di una donna che aveva presentato dolori al braccio destro e spasmi tonici, indi paresi dell'arto superiore destro e poi dell'arto inferiore destro. Indi comparve paresi dell'arto superiore ed inferiore sinistro e incontinenza delle urine. All'esame obiettivo si rilevava emiparesi spinale a destra, più lieve a sinistra; ipoestesia tattile e dolorifica a sinistra, e a destra una zona di ipoestesia che colpiva il territorio di innervazione cutaneo della VI e VII radice cervicale. Posta la diagnosi di tumore midollare, esclusa ogni affezione luetica e per l'anamnesi e per il risultato negativo della reazione di Wassermann, fu eseguita una laminectomia tra la V, VI, VII vertebra cervicale. Tra la VI e VII cervicale il midollo apparve, incisa la dura, di volume aumentato, di colorito bluastro con evidenti striature della pia. Incisosi tale punto ne uscirono poche goccie di liquido sieroso limpido. L'O. presenta l'ammalata che può dirsi veramente guarita. Permane soltanto una andatura leggermente spastica. L'O. richiama l'attenzione sulla rarità del caso (2 casi simili furono descritti dagli autori americani, e 4 in Germania) e sulla difficoltà di diagnosi differenziale tra tumore del midollo e cisti del midollo.

Seduta antimeridiana dell'11 novembre 1920.

Presidenza: on. prof. P. CASTELLINO.

Rivista critica sull'Elettrocardiografia clinica.

Prof. P. SISTO.

1° L'elettrocardiogramma, espressione grafica delle correnti di azione del muscolo cardiaco, ha una forma generale costante, che si ripete nelle sue linee essenziali in ogni specie animale. Consta essenzialmente di una prima punta rivolta verso l alto (*P*) che corrisponde alla contrazione delle orecchiette, di una linea orizzontale che indica il tempo in cui lo stimolo viene condotto dall'atrio al ventricolo, e di un gruppo corrispondente all'azione ventricolare, formato da due punte rivolte verso il basso (*Q* e *S*) e da due rivolte verso l'alto (*R* e *T*), cui segue una linea orizzontale che rappresenta la pausa del cuore.

2° L'altezza e la forma delle singole punte, molto varia negli elettrocardiogrammi dei singoli individui, a cagione del variare di un gran numero di momenti difficilmente ponderabili, non permette di tracciare un elettrocardiogramma medio normale; un certo valore pratico hanno tuttavia le cifre che si riferiscono alle altezze relative delle varie punte.

3° Per lo studio delle alterazioni cui soggiace l elettrocardiogramma in condizioni patologiche è necessario di conoscere che una serie di modificazioni si possono avere a seconda del modo con cui le correnti vengono derivate al galvanometro, a seconda della posizione del cuore nella cassa toracica, come pure dell'età del paziente. Influiscono inoltre in modo vario nel determinare la forma dell'elettrocardiogramma le fasi del respiro, gli esercizi fisici, la fatica, lo sforzo, gli interventi idro-, ed elettroterapici, ecc., ecc.

4° Nei riguardi dei vizi valvolari e dell'insufficenza di cuore, gli studi eletrocardiografici non permettono ancora di trarre delle conclusioni definitive. Fra le molte alterazioni descritte in singoli casi, meritano particolare considerazione perchè fra le più costanti: l'aumento della punta atriale nella stenosi della mitrale, l'aumento della punta *T* sotto l'influenza di uno stimolo dell'accelerante, l'abbassamento di *T* in cuori insufficenti, nelle miocarditi, il rovesciamento di *T* in prima e in seconda derivazione, per il suo significato pronostico sfavorevole.

5° I risultati più importanti che la Clinica ha ricavato dall'elettrocardiografia sono quelli che si riferiscono allo studio delle aritmie, ove molti fatti nuovi sono stati messi in luce, altri ancora assai imperfettamente conosciuti hanno avuto conferma e spiegazione.

6° Nel campo delle extrasistoli, osservazioni cliniche e ricerche sperimentali hanno permesso di determinare, spesso con minuta precisione, il punto di origine dell'extrastimolo. Così per mezzo dell'elettrocardiogramma, noi possiamo distinguere non solo le extrasistoli di origine auricolare da quelle atrio-ventricolari e da quelle ventricolari, ma nelle prime possiamo anche riconoscere se lo stimolo si è formato in vicinanza o lontano dal nodo del seno, in quelle atrioventricolari se lo stimolo si è formato nella parte atriale, in quella intermedia o in quella ventricolare del nodo di Aschoff-Tawara, in quelle ventricolari se lo stimolo si è formato nel fascio di His, oppure in una delle sue diramazioni o rispettivamente nel ventricolo destro, nel sinistro, o anche nella zona intermedia corrispondente al setto interventricolare.

7° Nella tachicardia parossistica coll'elettrocardiogramma si distinguono come fra le extrasistoli, forme in cui l'origine degli stimoli abnormi si trova in varie parti delle orecchiette, da quelle in cui lo stimolo si trova in singole porzioni del nodo atrioventricolare, da quelle ancora aventi origine nell' uno o nell' altro ventricolo, o anche in entrambi.

8° Nell'aritmia perpetua è merito dell'elettrocardiografia di avere dimostrato quella particolare condizione di azione auricolare che si designa col termine di fibrillazione auricolare. Questa tuttavia non è assolutamente necessaria perchè si abbia il polso irregolare perpetuo, poichè esiste tutta una serie di gradi nell'azione auricolare accelerata che va dal semplice aumento di frequenza alla tachisistolia auricolare ritmica (vibrazione auricolare), alla tachisistolia auricolare aritmica, alla fibrillazione, e in ognuno di questi gradi si può avere il polso irregolare perpetuo. La fibrillazione auricolare non è sempre perpetua e quindi di prognosi assolutamente infausta, potendo essa intervenire anche solo ad accessi più o meno lunghi e poi scomparire del tutto.

9° Nei disturbi della conduzione degli stimoli, coll'elettrocardiografia si possono esattamente analizzare i gradi e le sedi dell'alterazione.

Il grado più lieve, il semplice rallentamento della conduzione fra atrio e ventricolo, che si misura dall'aumento dell'intervallo *P-R*, può esistere anche in individui che non hanno mai sofferto alcun disturbo cardiaco e che null'altro presentano di obbiettivamente rilevabile. Aumentando la difficoltà della conduzione si può giungere alla mancanza di singole sistoli, auricolari se il rallentamento della conduzione avviene fra il nodo di Keith-Flack e l'atrio, ventricolari se il rallentamento avviene nella via di conduzione atrio-ventricolare.

L'interruzione completa della conduzione porta alla dissociazione atrio-ventricolare che nell' elettrocardiogramma appare nettamente come una assoluta indipendenza delle punte atriali dai gruppi ventricolari, i quali a cagione della maggior lentezza di formazione degli stimoli automatici ventricolari si seguono ora con, ora senza ritmo, ma sempre con frequenza molto minore delle punte atriali. Importanti sono i reperti di elettrocardiogrammi atipici che permettono in singoli casi di diagnosticare la sede della lesione quando l'interruzione anzichè nel fascio di His sia avvenuta in uno dei due rami di Tawara.

COMUNICAZIONI SULL'ELETTROCARDIOGRAFIA CLINICA.

PENDE. — *L'elettrocardiogramma da sforzo.* — L'O. ritiene che l'elettrocardiografia potrà dare maggiori risultati se si studieranno i rapporti tra elettrocardiogramma e costituzione individuale.

Riferisce come egli abbia già precedentemente studiato la particolare forma dell'elettrocardiogramma nei diversi abiti costituzionali; nei casi di cuore simpaticotonico e vagotonico, e le modificazioni dell'elettrocardiogramma in seguito agli sofrzi. Cita inoltre la speciale forma dell'elettrocardiogramma in tre casi di vizio congenito di cuore da lui studiati.

BARLOCCO. — Rileva i vantaggi che l'elettrocardiografia può portare all'applicazione terapeutica delle sostanze del gruppo digitalico. Richiama l'attenzione sulla frequenza della fibrillazione auricolare, messa in evidenza dall'applicazione dell'elettrocardiogramma, e insiiste sulla utilità dell'elettrocardiografia per lo studio della funzionalità cardiaca.

LAFRANCA. — L'O. osserva come l'elettrocardiogramma indichi l'eccitabilità e la conducibilità cardiaca ed accenna all'importanza che assumono nello studio dell'elettrocardiogramma, le variazioni della linea isoelettrica.

PACE. — *Studi di elettrocardiografia clinica.* — Accenna alle difficoltà tecniche dell'elettrocardiografia ed alla grande variabilità dei tracciati. L'O. afferma che occorre dare un valore molto relativo ai risultati forniti dall'elettrocardiogramma, e che esso non ha valore alcuno per lo studio dei vizi di cuore. È dell'opinione che dalla forma dell'elettrocardiogramma non si possano trarre conclusioni circa lo stato funzionale del cuore.

SISTO. — Rispondendo agli oratori rileva come esista accordo circa l'utilità di risultati che si ottengono coll'elettrocardiografia nello studio delle aritmie. È d'accordo col Pace circa lo scarso valore dell'elettrocardiogramma nei vizi di cuore, ma insiste sul fatto che i risultati elettrocardiografici, pure non avendo valore assoluto, portano un notevole aiuto nello studio delle lesioni e delle modificazioni dell'attività cardiaca.

COMUNICAZIONI RIGUARDANTI IL SISTEMA CIRCOLATORIO.

ROCCAVILLA. — *Su di alcuni sintomi cardiovascolari riscontrati nella simpatico paralisi cervicale.* — In alcuni casi di sindrome diHörner, l'O. riscontrò disturbi del ritmo, che variavano dalla semplice aritmia respiratoria sino alla extrasistolica vera e propria; una iperreflessività oculo-cardiaca dal lato simpatico-paralitico; un aumento del volume del cuore, prevalentemente a carico della metà destra.

N. MASIERI. — *Ricerche sulla funzionalità cardiaca nei convalescenti di influenza e di polmonite.* — L'O. studiando le variazioni del polso e della pressione arteriosa massima e minima; l'effetto della compressione dei bulbi oculari, della compressione delle femorali, ed il riflesso di Livierato nei convalescenti di influenza e di polmonite, giunse alla conclusione che i veleni bacterici influenzali, a differenza di quelli diplococcici, determinano una alterazione più o meno spiccata della funzionalità cardiaca, caratterizzata da angioipotonia vasale e da instabilità vasomotoria.

Seduta pomeridiana.

Presidenza prof. U. GABBI.

ROCCAVILLA. — *Omoritmie ed alloritmie cardiorespiratorie.* — L'O. rileva come non di rado esista un accordo cronologico fra cuore e polmone tanto da aversi un ritmo cardiorespiratorio corrispondendo ogni atto respiratorio ad un numero fisso di sistoli cardiache.

Tale fenomeno di probabile origine periferica, per lo più transitorio è denominato Omoritmie ed Alloritmie cardiorespiratorie, ed ha per effetto la coincidenza di ogni alterna o di ogni terza sistole con l'espirio, donde la possibilità per il miocardio di fruire ad ogni seconda o terza rivoluzione cardiaca, di un congruo ed efficace ristoro.

RUBINO C. — *L'Angiotomia e le modificazioni di ritmo e di forma del polso.* — L'O. richiama l'attenzione sulla funzione automatica dei vasi che si esplica in varie maniere fra le quali cita quelle prodotte da alterazioni del tono vasale e specialmente si intrattiene sull'aritmia periodica idiovasale, e su alcune modificazioni sfigmografiche simpatiche del vaso omologo a quello leso.

ZOIA. — Ricorda, a tale proposito, di avere riferito un caso di polso dicroto dell'omerale di un sol lato dovuto a ipotonia della parete vasale, e come la stimolazione meccanica o elettrica delle arterie determina modificazioni del polso di esse.

COMUNICAZIONI SUL SISTEMA RESPIRATORIO.

ABBO. — *Sopra l'applicazione alla Clinica dello studio dei gas alveolari.* — L'O., usando il metodo di Haldane-Barcroft per la valutazione dei gas sanguigni, e quello proposto da Barlocco per la determinazione del CO_2 nell'aria alveolare, studiò le variazioni del CO_2 sanguigno ed alveolare in diabetici non comatosi ed in nefritici senza uremia. In questi trovò cifre assai vicine al normale, mentre nei diabetici comatosi, e nei nefritici con sintomi uremici una progressiva diminuzione del CO_2 tanto sanguigno che alveolare.

BARLOCCO. — Richiama l'attenzione del Congresso sull'importanza di tali determinazioni, che possono dare modo di stabilire in casi di diabete, di nefrite, di epatite apparentemente in equilibrio il primo iniziarsi del quadro acidotico, frequente, se non abituale terminazione di queste forme.

MORELLI. E. — La demolizione costale nella cura delle lesioni polmonari.

L'O. ritiene che tale mezzo sia di utile applicazione nei casi nei quali non è possibile applicare il pneumotorace. Riferisce 3 casi (1 di bronchiectasia, e 2 di tubercolosi), nei quali si ottennero così risultati ottimi.

Riferisce inoltre alcuni studi sul comportamento della pressione endopleurica; e sulla cura delle pleuriti con introduzione di gas nella cavità pleurica.

CAPOGROSSI. — Riferisce, a tale proposito, che egli, da vario tempo, usa nelle toracentosi il comune trequarti, lasciando entrare liberamente

l'aria nella cavità pleurica. Ottenne con ciò ottimi risultati, e mai ebbe a notare la formazione di empiema.

FERRANNINI. — Ricorda che sino dal 1908 il dott. F. Morelli pubblicò varî casi dimostrando l'importanza pratica dello svuotamento pleurico col metodo di Kawara, e come si ottengano così brillanti risultati.

ORTALI. — *La tubercolosi di guerra.* — Riferisce le osservazioni compiute in ospedali da campo ed in ospedali territoriali sulle correlazioni fra tubercolosi e fatiche di guerra, fra tubercolosi e traumi, fra tubercolosi e gas asfissianti.

PONTANO T. — *Contributo alla diagnosi clinica della sifilide polmonare.* — L'O. rileva come manchi un elemento clinico che valga a differenziare la sifilide polmonare dagli altri processi acuti e cronici. Cita un caso di rara osservazione, riguardante un individuo che presentava una ottusità rotondeggiante regolare in corrispondenza del lobo superiore del polmone destro. Era presente scarso espettorato mucoso, febbre intermittente, leucocitosi. Fu emessa l'ipotesi di cisti d'echinococco suppurata, ma l'esame radiografico elevò dubbi sulla presenza di una cisti da echinococco ed inoltre la reazione di Ghedini-Weinberg e la intradermoreazione erano negative. L'infermo presentava delle macchie bruno-rossastre su tutto l'ambito cutaneo e una paralisi periferica del facciale di sinistra. Pensando si trattasse di un individuo luetico, con manifestazioni di sifilide polmonare, fu iniziato il trattamento specifico con iniezioni endovenose di neo-salvarsan, e si ottenne una rapida scomparsa dell'ottusità polmonare e all'esame radiografico si rilevò, dopo un mese circa, l'esistenza di appena un'ombra sfumata e di tralci che partendo dall'ilo si estendevano verso il lobo superiore e verso la base. L'O. rileva ancora la grande importanza del criterio curativo nella diagnosi di processi morbosi di difficile soluzione.

DEVOTO. — Osserva, a tale riguardo, l'opportunità di tenere presente la sifilide del polmone in quelle occasioni in cui si deve definire la natura di un processo patologico che si svolge nel lobo superiore di un polmone. Ricorda come già ebbe a richiamare l'attenzione sulle lesioni sifilitiche dell'apice polmonare, e segnala l'alto interesse del caso illustrato dal Pontano.

MANFREDI. — *Ambiente tiroideo ed infezione tubercolare.* — L'O. riferisce un gruppo di esperienze in base alle quali potè osservare che l'iniezione di estratti tiroidei abbrevia notevolmente il decorso della tubercolosi sperimentale delle cavie.

CAVAZZA. — *Corpi estranei nelle vie aeree e nell'esofago.* — Ricorda come si possano avere sindromi di pertosse per corpi estranei più o meno mobili nei bronchi e nella trachea e cita alcuni casi occorsi alla sua osservazione. Dimostra due apparecchi da lui ideati per l'estrazione di tali corpi estranei.

L. DEVOTO. — Rileva alcuni dati semiotici sulla espirazione, richiamando l'attenzione specie sul fatto che nella prima parte della espirazione si ha normalmente la produzione di fenomeni acustici, mentre nel resto della espirazione non si ha la formazione di alcun rumore.

A. GASBARRINI. — *Esperimenti di vaccinoterapia per via respiratoria.* — L'O., servendosi di un nebulizzatore, cercò di introdurre per via aerea in infermi di tubercolosi polmonare, dei vaccini polivalenti antipiogeni. Giunse pertanto alle seguenti conclusioni:

1° la via aerea si presta bene alla somministrazione dei vaccini;

2° i vaccini antipiogeni per via respiratoria riescono inoffensivi;

3° è possibile con vaccini antipiogeni nebulizzati modificare nei tubercolosi la febbre da associazione batterica.

TREVISANELLO. — *L'autoemoterapia nell'emottisi.* — L'O. espone i risultati ottenuti con un nuovo trattamento dell'emottisi, consistente nel togliere 20 cc. di sangue dalla vena del gomito ed iniettarli subito ipodermicamente nella regione glutea del paziente. Ottenne risultati ottimi in 10 casi di emottisi gravi ribelli a tutti gli altri trattamenti.

CORINALDESI. — *Ricerche sul ricambio azotato intermedio ed esterno nell'uomo sano in rapporto all'alimentazione.* — L'O., dosando col metodo delle microdeterminazioni di Bary l'NT e l'NU nel sangue ogni ora e nelle urine ogni due ore di individui normali in varî tipi di alimentazione, giunse alla constatazione che con qualsiasi tipo di alimentazione si ha aumento di NT e NU nel sangue già dopo la 1ª ora raggiungendosi il *maximum* alla 4ª ora; che con pasto privo di carne si hanno cifre relativamente basse sia di NT ed NU; che nelle urine si ha aumento di NT ed NU già due ore dopo l'introduzione del cibo, con il *maximum* di entrambi i valori alla sesta ora.

COMUNICAZIONI SUL SISTEMA NERVOSO.

M. NISSIM. — *Indagini della sensibilità galvanica in alcune malattie del sistema nervoso.* — Studiando la sensibilità cutanea alla corrente galvanica l'O. osservò che nei soggetti sani non si nota una evidente modificazione della sensibilità cutanea galvanica dalle scosse di chiusura a quella di apertura, e che negativi sono i risultati nei casi nei quali esiste ipereccitabilità cutanea. Nei casi di ischialgia invece si è constatata una ipoeccitabilità galvanica sensitiva, anche quando perfettamente normale era la reazione elettrica motoria e pressochè normale la eccitabilità faradica.

COMUNICAZIONI SULL'ENCEFALITE LETARGICA.

F. MARCORA. — *Ricerche istopatologiche sull'encefalite letargica.* — L'O., dallo studio di 6 casi di encefalite letargica decorsi piuttosto acutamente (3, 4 settimane), ha potuto rilevare che le lesioni localizzate prevalentemente nel mesencefalo, e in alcuni casi anche nel midollo spinale, consistono essenzialmente in infiltrazione perivasali a

guisa di manicotto costituito da elementi linfoidi, e da plasmazellen che debboo, secondo l'O., essere considerate di natura istiogena. Nelle cellule nervose si osservano alterazioni regressive e specialmente cromatolisi, fuoruscita del nucleo e lesioni dell'apparato neurofibrillare consistenti in spezzettamento e conglutinazione delle neurofibrille. Tali lesioni sono parcellari. Nella sostanza bianca e sui nervi periferici in mezzo a fibre normali si notano fibre in degenerazione Walleriana. Tale reperto, secondo l'O., ha importanza notevole specie per spiegare alcuni postumi dell'encefalite (contratture, abolizione di riflessi, ecc.).

GAMMA. — Conferma l'interpretazione data dal Marcora sull'origine istiogena delle plasmacellule. Osserva come il quadro istopatologico dell'encefalite epidemica sia caratteristico, ma non specifico, essendo i suoi vari elementi tutti propri del quadro istopatologico dell'encefalite non suppurativa in cui si raccolgono in gruppo molte forme infettive di eziologia nota ed ignota. Rileva come anche formazioni di sostanza bianca (fascio longitudinale posteriore) partecipino in modo indiretto alle lesioni della sostanza grigia. L'O. crede possibile separare nettamente dal punto di vista anatomico le lesioni dell'encefalite epidemica da tutte le manifestazioni cerebrali dell'influenza.

GIUGNI. — Domanda se nel complesso delle lesioni istologiche osservate l'A. ha riscontrato caratteristiche tali da dovere ammettere una specificità del quadro istopatologico dell'encefalite epidemica, e se l'infiltrazione riguardava principalmente i vasi venosi.

QUEIROLO. — Domanda se l'O. ha notato correlazioni tra encefalite letargica ed influenza.

MARCORA. — Risponde che le alterazioni non possono ritenersi specifiche giacchè se ne sono osservate di simili nella poliomielite anteriore, nella malattia di Börn, nella malattia del sonno.

Nei casi studiati da lui non esistevano lesioni dei gangli spinali, osservate e descritte da altri.

Nulla poteva, nei casi studiati, far pensare alla contemporanea esistenza di una affezione influenzale.

A. GASBARRINI. — *Osservazioni e considerazioni sulla cosidetta encefalite letargica.* — L'O s'intrattiene sui postumi riscontrati in ammalati di encefalite letargica e specie sulle alterazioni del trofismo nei muscoli e delle varie sensibilità obbiettive, e su alcune manifestazioni istero-funzionali comparse in soggetti con tara neuropatica. Richiama l'attenzione su una condizione di sonnolenza verificatasi in soggetti che avevano sofferto diversi mesi innanzi di encefalite letargica.

P. BASTAI. — *Sulla eziologia dell'encefalite epidemica.* — Espone una serie di ricerche su un virus filtrabile isolato e coltivato una volta direttamente da un filtrato attraverso candela Berkefeld di cervello umano encefalitico, e una seconda volta dal cervello di un gatto inoculato con filtrato simile al precedente e nel quale erasi determinata una sindrome encefalitica. Si intrattiene sui caratteri morfologici, culturali e biologici del virus che presenta molteplici analogie coi virus descritti da Levaditi e Harrier, da Ottolenghi, D'Antona e Tonietti, e in parte col virus di Loewe e Strauss.

COMUNICAZIONI SULLE MALATTIE DEL SANGUE.

U. ARCANGELI. — *Sulla dottrina della cianosi.* — Il *primum movens* della cianosi nei vizi congeniti di cuore, e in altre malattie di cuore e dei polmoni è la diminuzione di ossidazione del sangue nei polmoni alla quale seguono come fenomeni compensatori, la dilatazione dei vasi cutanei, la pletora, la poliglobulia. Si favoriscono così gli scambi gassosi e particolarmente la respirazione cutanea, compensandosi in tal modo l'insufficienza di quella polmonare.

Alla cianosi quindi contribuiranno la pletora, la poliglobulia e la dilatazione dei vasi cutanei. Nei cardiaci scompensati a questi fattori si aggiungono gli effetti del rallentamento della circolazione capillare e venosa per aumento di pressione nelle grandi vene.

E. ZAGARI. — *La cariocinesi dei corpuscoli bianchi nel sangue circolante dell'uomo adulto negli stati leucemici.* — L'O., nello studiare il sangue di individui affetti da leucemia mieloide, ha avuto occasione di osservare alcuni casi che richiamavano subito l'attenzione per un'abbondanza notevole degli elementi bianchi immaturi in cariocinesi (dall'emocitoblasto di Ferrata ai mielociti) sì da far pensare che l'aumento dei corpuscoli bianchi, in quei casi, non dipenda soltanto, come ordinariamente avviene, da un abnorme passaggio di essi in circolo, ma ancora, almeno in parte, dalla divisione e suddivisione per cariocinesi degli elementi stessi dopo il loro passaggio in circolo.

R. DE NUNNO. — *Sulla linfogranulomatosi.* — Riferisce i risultati di esami istologici compiuti su 80 casi con diagnosi anatomica di linfosarcoma, scrofolosi mediastinica, pseudoleucemia, ecc. Ritiene chiaramente dimostrato che il linfogranuloma maligno sia istologicamente ben differente dagli altri granulomi di origine nota come da quello tubercolare.

COMUNICAZIONI SULLE MALATTIE INFETTIVE.

A. LAMA. — *Sull'attuale «malattia da grano»* in Romagna. — Riferisce le osservazioni compiute su numerosi individui colpiti da tale forma di malattia a manifestazioni essenzialmente cutanee e dovuta al *pediculoides venticosus.*

G. IZAR. — L'O. si intrattiene sulle enteriti e coliti croniche e sui parassiti intestinali, specie sull'*Amoeba Hystolitica* e sull'uso del cloridrato di emetina.

G. QUARELLI. — Riporta le osservazioni personali sull'impiego del silbersalvarsan sodico che ha dimostrato un'azione ancora superiore a quella del vecchio salvarsan. Il sulfoxlat di salvarsan ha azione uguale, presenta una grande stabilità e minima tossicità.

Seduta del 12 novembre.

Presidenza: prof. sen. E. MARAGLIANO.

COMUNICAZIONI VARIE.

M. BARBARA. — *Lesioni dell'apparato surrenale nella infezione sperimentale da micrococco di Bruce.* — L'O. nota come alcuni sintomi della febbre di Malta, richiamino l'attenzione su una probabile offesa dell'apparato surrenale per opera della tossina del micrococco di Bruce. Pertanto, l'O. studiando quali lesioni si svolgono nei surreni degli animali sperimentalmente infettati con micrococco melitense, potè osservare che tali lesioni sono di vario grado a seconda della durata dell'infezione. In un primo periodo si hanno segni di iperattività delle capsule surrenali, al quale segue una fase secondaria caratterizzata da atrofia delle cellule corticali, e persino distruzione di esse, con diminuzione notevole della secrezione lipoide, e scomparsa quasi assoluta della secrezione cromaffine.

A. ROSSI. — *Funzionalità gastrica sotto l'azione della pilocarpina in rapporto al tono innervativo gastrico.* — L'O., studiando l'azione della pilocarpina su stomaci simpaticotonici, e su stomaci vagotonici, osservò come gli stomaci simpaticotonici siano più sensibili all'azione della pilocarpina, essendo in essi più costante e più manifesta l'azione acceleratrice della detta sostanza sulla digestione.

G. BERTELLI e A. SPANIO. — *Rapporti fra il coefficiente ureosecretorio e il coefficiente azoturico nelle nefriti.* — L'O. riferisce come nelle nefriti parallelamente ad un valore elevato della costante di Ambard si trovi un valore pure elevato del coefficiente azoturico, ma ritiene, per le osservazioni compiute in individui sani e tenuti a digiuno, che tale cifra elevata del coefficiente azoturico non sia in rapporto con un maggiore consumo delle sostanze azotate.

In diabetici gravi si hanno pure valori elevati tanto della costante di Ambard che del coefficiente azoturico, però al miglioramento delle condizioni degli ammalati segue una diminuzione del coefficiente azoturico, mentre il valore della costante di Ambard si mantiene elevato. Ritiene che tanto la costante di Ambard come il coefficiente azoturico non rappresentano un indice assoluto delle condizioni di funzionalità del rene.

BARLOCCO. — Coglie l'occasione per rivendicare alla scuola di Genova e particolarmente al professor Maragliano il movimento di idee attualmente dominanti sul ricambio dei nefritici. Esorta ad essere molto cauti nell'accettare assiomaticamente il significato clinico della costante di Ambard e rileva come il punto fondamentale della questione delle nefriti stia non già nelle sole condizioni del rene e del sangue, ma nei tessuti dell'economia.

MARAGLIANO. — Fa notare a tale proposito come la formula di Ambard e le leggi sull'azotemia partano dal concetto errato che il rene normale sano sia sempre capace di eliminare tutto quello che vi è di sopraproduzione di azoto nel sangue. Conclude che dai valori della costante di Ambard non è possibile dedurre quali siano le condizioni anatomo-patologiche del rene.

G. IZAR. — *Riferisce sulle seguenti comunicazioni: Reazione meiostagmica nei tumori maligni - Precipitazione — Sulla reazione meiostagmica modificata in alcune febbri da infezione — Azione del siero di gravida su estratti placentari* (in collaborazione con M. Ascoli).

Modificando la reazione meiostagmica come reazione precipitante ottenne risultati migliori nei casi di tumori maligni, che con la pura reazione meiostagmica. Tale reazione non può essere applicata alla diagnosi di malattia infettiva per mancanza di specificità.

Usando antigeni estratti dalla placenta ebbe in 11 casi di gravidanza 10 casi positivi con la reazione meiostagmica precipitante e 1 caso negativo. Nelle donne non gravide ebbe sempre reazione negativa.

G. CARRERAS. — *Difesa epatica contro l'anafilassi.* — L'O. riporta alcune sue esperienze. Sensibilizzati alcuni gruppi di cavie per l'albume d'uovo procedeva all'iniezione di prova di dosi variabili di albume comparativamente nel circolo generale ed in una vena mesenterica. Mentre nei controlli si ebbe costantemente la morte immediata col quadro classico dell'anafilassi, negli animali iniettati nel circolo portale si ebbe solo il 18 % di mortalità. L'O. ritiene dimostrato il fatto di una capacità protettrice esercitata dal fegato di animale sensibilizzato per l'albume d'uovo contro la successiva azione dell'antigene stesso, e crede ciò di non poca importanza nello studio dell'anafilassi alimentare.

PESCI E. — *Ricerche sulla teoria dell'anafilassi.* — L'O. espone le sue ricerche basate sulla prova di Abderhalden nei confronti con l'anafilassi attiva e passiva, sullo studio del numero delle piastrine durante la reazione anafilattica, sull'azione dell'oleato di soda, dei sali biliari e del cloruro di calcio nel sopprimere l'ictus anafilattico. Riferisce quindi i principî sui quali si basa la teoria fisica dell'anafilassi.

***

Esauriti così i lavori del Congresso il Presidente prof MARAGLIANO prende la parola per riassumere le importanti questioni trattate nelle varie sedute accennando all'interesse pratico e scientifico dei concetti svolti, e comunica come il prossimo Congresso di Medicina Interna avrà luogo in Napoli. Si augura che la scuola italiana, sempre più indipendente dalle scuole straniere, segnerà ancora un altro passo verso nuove conquiste della Clinica Medica Italiana.

Risponde ringraziando, a nome dei colleghi di Napoli, il prof. Castellino con smagliante discorso.

Come temi del Congresso di Napoli sono stati assegnati: 1° la patologia e la clinica delle malattie tubercolari; 2° l'encefalite letargica.

Si è aggiunto, come 3° tema, le pleuriti purulente da svolgersi in comune con la Società di Chirurgia.

E. TRENTI.

XXVII Congresso della Società Italiana di Chirurgia.

(Roma, 10-12 novembre 1920)

Seduta del 10 *novembre* 1920.

Il Congresso si è riunito nella sala delle adunanze della R. Accademia medica di Roma al Policlinico, dinanzi ad una vera folla di congressisti intervenuti dalle varie parti d'Italia.

Presiede la seduta inaugurale il prof. sen. F. Durante.

Il prof. DURANTE inaugura i lavori del XXVII Congresso, ricordando che la Società Italiana di Chirurgia, fondata nel 1882, è arrivata allo stato di prosperità attuale traverso varie vicende.

Ben pochi rimangono dei soci fondatori, dei precursori, che ebbero fede nel divenire della chirurgia italiana. Ad essi va riconosciuto il merito grande di non aver disperato, anche quando l'esistenza stessa della Società sembrava minacciata.

Oggi la Società Italiana di chirurgia è rinsanguata e ringiovanita. E ad essa oggi convengono e l'esperienza dei Maestri, e il lavoro dei giovani chirurgi. Dei chirurgi anche delle nuove provincie riunite alla Grande Madre.

I progressi, compiuti dall'Italia negli ultimi anni in tutte le varie manifestazioni della vita politica e sociale e nella scienza, riempiono di giubilo l'animo del prof. Durante, il quale ricorda con commozione i soci spentisi nell'ultimo anno, ed augura che i lavori della Società Italiana di chirurgia possano vigorosamente contribuire al progresso della nostra scienza.

Alla presidenza dei lavori dell'attuale Congresso vengono chiamati i proff. Burci, Muscatello, Tusini.

1ª *Relazione*: La chirurgia del cieco.

D. GIORDANO (Venezia), relatore. — Il cieco mobile od ectasico è talora, e forse spesso, se non sempre, secondario ad irritazioni infiammatorie od ostacoli stenosanti, in grado più o meno alto, il colon. Non devono pertanto, neanche le manifestazioni più gravi, quali la invaginazione od il volvolo, interpretarsi senz'altro quali fenomeni idiopatici, e curarsi colla semplice tiflopessia. Occorrerà spesso liberare il colon da aderenze abnormi, o praticare la tiflosigmoidostomia.

Le aderenze anormali del cieco costituiscono una causa di sofferenze tali da richiedere talora la tiflolisi.

La tiflorrafia, od affardellamento del fondo cecale, ha sua precipua indicazione in certe dilatazioni atoniche o da trazione del cieco concomitanti ad appendiciti croniche.

Le tifliti ribelli alle cure mediche possono richiedere cura chirurgica: per lo più la tiflostomia nelle forme acute; la tiflostomia ancora, oppure la tiflosigmoidostomia, o la ileosigmoidostomia nelle forme croniche.

Il tubercoloma del ceco non può dare più segno di sè dopo una ileo-colostomia, associata a cura iodica. In casi speciali è pure indicata la tiflectomia.

I tumori di natura benigna del ceco si enucleino, se possibile.

I tumori infiltrati, ed i maligni, impongono la tiflectomia. Questa si potrà utilmente praticare in un tempo solo, quando non sieno accompagnati da gravi ritenzioni per stenosi. Altrimenti è più prudente operare in due tempi; ricorrendo in primo tempo alla ileo-colostomia, ed in secondo tempo alla resezione dell'ansa ileo-cecale.

Quando la resezione dell'ansa neoplastica è seguita immediatamente dalla riunione dei monconi del tenue e del crasso, bisogna scegliere il modo che permette di avvicinarli senza tensione. Potendolo però, pare preferibile la enterorrafia circolare sull'asse, con triplice piano di sutura.

Crede peraltro sia per ottenere migliori risultati l'operatore, che si mantenga fedele al metodo di enterorrafia, che gli riesce più spedito, ed al quale vanno, per pratica felice, le sue preferenze.

2ª *Relazione*: La chirurgia del colon.

A. MATTOLI (*Chieti*), relatore. — Fa precedere *rapidi cenni di anatomia e fisiologia chirurgica;* ricorda la *fissità anatomica di alcuni segmenti del crasso* (ascendente, discendente, angoli colici destro e sinistro) e la grande variabilità del tipo anatomico del colon pelvico, ed accenna alle norme da seguire per mobilizzare rapidamente ed esteriorizzare i segmenti stessi: si riferisce quindi alla *vascolarizzazione del colon,* al *diverso spessore delle pareti coliche,* alle *appendici epiploiche* ed ai rapporti del *grande epiploon* col colon e mesocolon trasverso, ponendone in evidenza la importanza nei riguardi della tecnica.

Sotto il *punto di vista fisiologico* il crasso va diviso in due segmenti, dei quali il limite di separazione è costiuito dall'angolo splenico.

La *consistenza del contenuto colico,* diversa nei varî segmenti, e la *sua straordinaria setticità,* specie nei casi di ristagno, hanno pure notevole importanza nei riguardi chirurgici.

Oltre *i movimenti peristaltici* esistono nel colon dei *movimenti antiperistaltici.*

Passando a trattare delle *norme generali di tecnica,* il R., pur ammettendo che le speciali condizioni anatomiche e fisiologiche del colon impongono, in certi casi, l'adozione di singolari particolarità tecniche, afferma che le grandi linee della tecnica chirurgica gastro- intestinale permangono immutate in tutto il loro valore. Tratta quindi della *preparazione del malato,* dell'*anestesia,* della *posizione dell'operando,* delle *incisioni laparotomiche;* parlando dell'*esplorazione intraddominale* insiste nella opportunità di *ridurre al minimo necessario la pratica della eviscerazione.* Quanto ai *mezzi di anastomosi,* il R. si dimostra avversario irriconciliabile dei bottoni anastomatici, e convinto fautore della sutura, che egli pratica con ago rotondo a grande curvatura e filo di seta N. O., manovrando l'ago direttamente con la mano: la mano esercitata *sente* gli strati anatomici che l'ago attraversa e garantisce assolutamente da ogni pericolo di per-

forazione. *L'apertura del lume intestinale* può essere fatta col termocauterio o con istrumento tagliente, avendo cura di detergere la superficie di sezione con etere o tintura di iodio. L'O. insiste sulla grande utilità di una *protezione epiploica delle linee di sutura*: l'epiploon, custode sollecito e fedele della integrità della grande sierosa, accorre, molte volte, da solo ad opporre una barriera di isolamento a processi infiammatori, ulcerativi o suppurativi, dando tempo al chirurgo d'intervenire proficuamente: nella chirurgia colica dovrà sempre essere posta a profitto questa bontà protettiva dei lembi epiploici, portati e mantenuti a contatto delle linee di sutura siero-sierosa.

Il drenaggio deve essere limitato ai soli casi nei quali è inevitabile che la sutura intestinale debba rimanere in un ambiente settico (cavità ascessuale).

All'infuori degli interventi per traumi (operazioni atipiche) di cui il R. non intende occuparsi, *le operazioni che si praticano sul colon* sono le seguenti:

1. *Colotomia.*
2. *Colonplicatio.*
3. *Colopessia.*
4. *Trattamento delle aderenze pericoliche e delle briglie ostruenti.*
5. *Fistolizzazione del crasso.*
6. *Metodi di derivazione cutanea del contenuto intestinale.*
7. *Cura dell'ano artificiale e delle fistole stercoracee.*
8. *Anastomosi.*
9. *Esclusioni.*
10. *Resezione (colectomia).*

1. La *colotomia* è stata praticata per estrarre voluminose concrezioni stercoracee del sigma colico e del trasverso. È operazione di necessità.

2. La *colonplicatio*, proposta da Parlavecchio, è perfettamente analoga alla gastro-plicatio o gastrostenoplastica. Non ha trovato larga sanzione nella pratica.

3. *Colopessia.* — I segmenti del crasso che, per abnorme mobilità, danno luogo a disturbi di canalizzazione (stasi, gomitature, volvulo) vengono fissati più o meno estesamente. La *pessia*, per raggiungere lo scopo che si propone, deve essere praticata con materiale di sutura non riassorbibile e su piani anatomici resistenti *e va riserbata a indicazioni chiare e precise.* Mentre si è inclini ad attribuire un grande valore patologico a lasse aderenze velamentose pericoliche, di natura certamente congenita, non ci si preoccupa troppo di creare artificialmente aderenze tenaci ed estese di sgmenti colici mobili, pretendendo che non diano luogo a disturbi e riescano anzi curative.

4. *Trattamento delle aderenze pericoliche e delle briglie ostruenti.* — Le aderenze, le briglie, le membrane, che determinano posizioni viziose del colon (gomitature, stenosi, ecc.) e comunque ostacolano la circolazione del contenuto intestinale, debbono essere rimosse mediante intervento chirurgico. (Si è, spesso, costretti a ricorrere ad operazioni associate). Poichè la preoccupazione più grave, del resto largamente sanzionata dalla pratica, è che le aderenze si riproducano, più o meno presto, una delle norme tecniche cui si deve possibilmente provvedere è di peritoneizzare tutte le superfici che restano abrase e sanguinanti in seguito al distacco delle membrane o delle aderenze stesse. Il successo è da attendersi pel caso di briglie isolate o di fatti adesivi assai limitati: molti degli operati che sembravano migliorati e guariti, hanno dovuto sottoporsi a nuovo intervento chirurgico per cercare in altre operazioni, più sicuramente curative, la via della guarigione.

5. *Fistolizzazione del crasso.* — Il R. descrive i processi di *ciecostomia valvolare* e di *appendicostomia* dando la preferenza a quest'ultima operazione. L'ano appendicale è perfettamente continente sia per le feci, che per i liquidi di lavaggio e per i gas, e crea quindi le condizioni più favorevoli per lo scopo che l'intervento si propone, che è appunto quello di poter praticare irrigazioni e lavaggi medicati del crasso, eliminando gli inconvenienti dell'ano cecale. L'O. ha ideato ed applicato più volte, con completo successo, un metodo di *appendicostomia* per *trasfissione* da eseguirsi col taglio laparotomico mediano, e che realizza i seguenti vantaggi: 1° *una straordinaria rapidità* (si esegue in due minuti); 2° *elimina la necessità di una seconda incisione laparotomica;* 3° *l'ano appendicale è circondato da un cercine cutaneo chiuso.* La *ciecostomia valvolare* verrà riserbata ai rari casi in cui l'appendice vermiforme, o per essere poco sviluppata o per lesioni anatomo-patologiche pregresse, non è utilizzabile.

6. *Metodi di derivazione cutanea del contenuto intestinale.* — Queste operazioni si propongono di aprire una bocca artificiale sul crasso per favorire lo svuotarsi all'esterno del contenuto intestinale (ano artificiale). Il R. passa in rassegna i *diversi tipi di ano artificiale*, e ne descrive i principali processi operativi. La *colostomia* può essere praticata in ogni segmento del colon; ma le regioni preferite sono la cecale e la iliaca sinistra. Per quanto l'ano cecale sia stato definito « una abbominazione » è sempre destinato a rendere reali servigi, specie nei processi di colectomia in più tempi, e nei casi di occlusione acuta, in cui la prima e più urgente indicazione è di aprire una via di uscita al materiale accumulato nell'intestino.

7. *Cura dell'ano artificiale e delle fistole stercoracee.* — I processi operativi intesi a curare l'ano artificiale si distinguono in *extraperitoneali ed intraperitoneali.*

I primi comprendono: 1° *operazioni sullo sprone;* 2° *operazioni sull'orificio;* 3° *operazioni sullo sprone e sull'orificio.* I secondi permettono di agire direttamente sul tubo intestinale, e possono raggrupparsi così: 1° *enterorrafia laterale;* 2° *enterectomia;* 3° *enteroanastomosi (esclusione).* I primi tentativi per chiudere gli ani artificiali si limitarono ad agire in vicinanza dell'orificio cutaneo: successivamente si è delineata la tendenza a portare la parte essenziale dell'operazione più profondamente, agendo sull'intestino.

Il metodo della *enterorrafia laterale* è applicabile in tutti i casi in cui l'ansa fistolosa presenti scarse aderenze e non esista uno sprone irriducibile.

Quando, invece, si riscontri una larga perdita di sostanza della parete colica o esista uno sprone voluminoso, e, non pertanto, sia relativamente facile il distacco e la mobilizzazione dell'ansa, sarà indicato praticare la *colectomia segmentaria*.

L'*anastomosi laterale semplice* (tra ansa afferente ed efferente) pur essendo operazione benigna, non vale a raggiungere lo scopo nella maggior parte dei casi, e, soltanto se associata ad operazioni plastiche sull'orificio, vede diminuire notevolmente il numero dei suoi insuccessi. L'*esclusione bilaterale dell'ansa fistolosa* è operazione grave, poco usata e non pertanto punto sicura nei risultati.

La *esclusione unilaterale*, pur non essendo curativa in alcuni casi, è quella che offre maggiore garanzia di successo.

8. *Anastomosi.* — Si debbono considerare tre tipi fondamentali di anastomosi: *anastomosi latero-laterale, anastomosi termino-laterale, anastomosi termino-terminale*. Poichè, anche in pubblicazioni recenti, è dato notare un certo confusionismo nella designazione di taluni interventi, il R. adotta la nomenclatura di *anastomosi* per la entero-anastomosi laterale semplice, lasciando quella di *stomia* al ristabilimento della canalizzazione dopo interruzione della continuità del tubo intestinale, coll'intesa che a tale nomenclatura, non giustificata dal significato etimologico, deve attribuirsi un valore puramente convenzionale.

L'*anastomosi laterale semplice* può essere *ileocolica* e *colo-colica*: l'ileo può essere anastomizzato al colon ascendente, al trasverso, al sigma: il cieco può essere anastomizzato al sigma (*tiflo-sigmoido-anastomosi*), il colon trasverso al discendente o al sigma. Il funzionamento della bocca anastomotica così stabilita varia a seconda delle condizioni di canalizzazione dell'ansa compresa nell'anastomosi, come varia il funzionamento dell'anastomosi gastro-enterica, a seconda che il piloro sia o no normalmente pervio. Se esiste un ostacolo alla progressione delle feci nell'ansa compresa nell'anastomosi, le feci stesse passeranno tutte od in gran parte, attraverso la nuova bocca anastomotica, nell'ansa efferente: se il lume intestinale è, invece, pervio, una parte del contenuto progredirà secondo la peristalsi fisiologica, nel tratto intestinale compreso nell'anastomosi. Col passare del tempo poi, ove nuovi fatti patologici e chirurgici non intervengano, avremo una spiccata tendenza al normale ristabilirsi del circolo fecale, col progressivo restringimento ed anche con la chiusura dell'apertura anastomotica.

L'anastomosi laterale è pure praticata per ristabilire la continuità (interrotta in uno o due punti) del canale intestinale. Condizioni necessarie per un buon funzionamento dell'anastomosi sono: evitare il formarsi di un infundibulo nell'estremità del tratto afferente chiuso: stabilire una bocca di comunicazione larga quanto il diametro dell'ansa più piccola, per eliminare il pericolo di uno sprone. Tutte le volte che sia possibile conviene praticare *la sutura dei meso*, in modo da chiudere gli orifici che vengono a formarsi nell'addome, quando si stabiliscono anastomosi a distanza.

Nell'anastomosi *termino-laterale* il capo centrale viene anastomizzato al distale in posizione perpendicolare all'asse di quest'ultimo. Tale anastomosi può essere colo-colica: ma il più delle volte è ileo-colica. I già scarsi fautori di questo metodo operativo, alla cui tecnica, certamente meno facile dell'anastomosi laterale, non fa riscontro un sensibile vantaggio nella funzione dell'anastomosi stessa, vanno sempre più diminuendo di numero.

Con l'*anastomosi termino terminale* il capo centrale ed il distale vengono anastomizzati bocca a bocca: è questo certamente il tipo della operazione ideale per ristabilire, nel modo più normale, la canalizzazione del crasso, sezionato in due punti della sua continuità.

La preferenza da dare all'uno o all'altro mezzo di anastomosi dipenderà, più che dalla bontà intrinseca del processo operativo, dalla predilezione e dalla pratica corrente del chirurgo, salvo i casi in cui speciali condizioni anatomiche controindichino o rendono addirittura ineseguibile l'anastomosi laterale (quando i monconi da riunire non sono abbastanza lunghi e mobili per essere giustapposti).

9. *Esclusioni.* — La *esclusione* d'un tratto più o meno esteso del colon si determina interrompendo in uno o due punti la continuità del tubo intestinale, e ristabilendo la canalizzazione con una anastomosi del capo centrale al distale. La *esclusione* può essere *bilaterale* (chiusa, fistolizzata, aperta) od *unilaterale*.

L'esperimento e la clinica sono concordi nel condannare la *esclusione bilaterale chiusa*. La *esclusione bilaterale fistolizzata o aperta* può trovare la sua indicazione quando un segmento del crasso, d'altronde inestirpabile, deve essere completamente escluso dal circolo fecale.

La *esclusione unilaterale*, largamente adottata nella pratica, si esegue, il più delle volte, tra l'ultimo tratto dell'ileo ed uno dei segmenti colici: ma può anche interessare il solo *intestino crasso*.

L'operazione più comunemente usata dai chirurghi è la *ileo-sigmoidostomia*. Il R. ne descrive minutamente la tecnica ed il valore funzionale, insistendo sopratutto sul *riflusso antiperistaltico*, che sarebbe comune a tutti gli operati; ma che soltanto in un certo numero di casi darebbe luogo ad inconvenienti gravi, tale da richiedere un nuovo intervento: enumera i mezzi proposti e sperimentati per ovviare ai danni del riflusso, ed afferma che *i migliori risultati si ottengono associando alla ileo-sigmoidostomia l'appendicostomia* (per trasfissione) mercè la quale si eccita la peristalsi del tratto intestinale escluso, praticandone il lavaggio retrogrado e lo svuotamento meccanico.

Il R. ha adottato l'*appendicostomia associata* fino dal 1910: conforta tale affermazione coi risultati della propria casistica.

La preferenza accordata dai chirurgi alla ileo-sigmoidostomia non è, in molti casi, giustificata dalla indicazione operatoria, la quale dovrà essere ben ponderata e valutata per *limitare la esclusione stessa al minor tratto possibile dell'intestino crasso*, senza di che la condotta dell'operatore potrà essere giudicata eccessiva in riguar-

do allo scopo che si prefigge. In tutte le lesioni interessanti la metà destra del colon sarà perciò utile e prudente praticare la *ileo-trasversostomia* che è immune, o quasi, dalle complicanze operatorie della *ileo-sigmoidostomia*, quali la diarrea post-operatoria ed il riflusso, perchè le feci passando dall'ileo al trasverso vengono a trovarsi in un segmento colico con funzione assorbente e provocano la peristalsi, che basta da sola ad opporsi vittoriosamente ai danni dell'antiperistaltismo.

10. *Resezione (colectomia)*. — La colectomia consiste nel resecare definitivamente un segmento (*colectomia parziale*) o *la totalità* del colon (*colectomia totale*). Quando alla resezione segue immediatamente il ristabilimento della continuità intestinale (anastomosi termino-terminale, termino-laterale, o latero-laterale) si ha la *colectomia in un tempo o colectomia ideale*: questo procedimento non è per altro sempre attuabile, ed allora si è costretti a praticare la *colectomia in più tempi*, per diminuire la somma dei rischi inerenti all'intervento.

Fatta una minuziosa descrizione dei vari metodi operatori, il R. s'intrattiene sul *valore della colectomia in un tempo*, e conclude che, mentre le resezioni parziali e relativamente estese (*emicolectomia destra*) si sono affermate nella pratica come interventi fecondi dei migliori risultati terapeutici, la *colectomia totale e subtotale deve essere riservata a casi puramente eccezionali*, allorchè l'intestino crasso presenta lesioni siffattamente estese ed irrimediabili da giustificarne la demolizione. Non basta che il colon (vittima non di rado innocente ed accusata spesso di delitti non suoi) non opponga difficoltà materiali al suo sacrificio, per legittimare una correntezza demolitrice che non trova giustificazione di fronte al pezzo anatomico: la serie delle guarigioni chirurgiche senza mortalità operatoria non è dimostrativa della bontà della indicazione e del vantaggio del malato, che anzi, come è risaputo, sono appunto gli organi sani o poco lesi che offrono le condizioni più favorevoli per una facile ablazione, riducendo al minimo la somma dei rischi operatori.

Trattando della *scelta del metodo di colectomia*, il R. dice che è sempre aperta la discussione tra i fautori della colectomia intraddominale in un tempo ed i sostenitori dei processi in più tempi, con o senza esteriorizzazione del segmento da resecare, e non è certo facile cosa stabilire norme precise che valgano a regolare la condotta del chirurgo, la quale dovrà, in ogni singolo caso, ispirarsi a varie considerazioni che riguardano sopratutto lo stato generale dell'operando, le condizioni della canalizzazione intestinale e quelle speciali del segmento colico su cui deve cadere l'intervento. Il R. espone minutamente lo stato attuale della questione e conclude che la scelta del metodo di colectomia dipende non solo dalla oculata valutazione di fatti obbiettivi, ma trova anche una base nell'apprezzamento subbiettivo del chirurgo, il quale, in questa più che in altre circostanze, può e deve mettere a profitto tutte le risorse che provengono da una pratica cosciente e dalla virtuosità della tecnica.

Casistica personale di chirurgia colica. — Sono 64 interventi che il R. ha praticato, nel reparto chirurgico dell'Ospedale Civile di Chieti, dal luglio 1907 al settembre 1920, così divisi:

Appendicostomia	13
Anastomosi laterale . . .	7
Esclusione unilaterale . .	14
Colectomia	16
Operazioni diverse . . .	14

Nella casistica figurano 7 casi di morte, con una mortalità globale del 10,93 %. Le *cause di morte* furono le seguenti: peritonite settica 1 (per necrosi dell'appendice in operata di appendicostomia); emorragia secondaria (colemia) 1; shock; insufficienza epatorenale 1; adinamia progressiva, marasma 3.

La casistica è illustrata nei riguardi della indicazione operatoria, dell'intervento praticato e dei risultati immediati e remoti.

Le principali *indicazioni all'intervento* furono le seguenti: *colite cronica* 11 casi; *stasi intestinale cronica* 14 casi; *tubercolosi ileo-cecale* 7 casi; *tumori del crasso* 6 casi; *invaginazione ileo-cieco-colica* 3; *volvulo della S iliaca* 1, ecc.

Discussione sui temi di relazione:
«Chirurgia del cieco e del colon».

BASTIANELLI R. (*Roma*). — Espone i risultati della propria esperienza, nella cura dei tumori del colon, basata su 63 casi. I malati si presentano di solito in stato di occlusione completa o incompleta. Quando la sede e l'estensione del tumore non sono ben precisabili, l'O. fa un'incisione a destra come per l'appendicectomia, e traverso di essa l'esplorazione manuale completa della cavità addominale.

Per ovviare ai fenomeni di occlusione usa praticare un'ampio ano cecale (chè era stato già consigliato da Durante nella cura del cancro del retto). In secondo tempo esegue l'enterectomia; e in una terza seduta chiude l'ano cecale. Quando l'ano cecale non provvede al completo vuotamento dell'intestino a valle, e questi presenta delle notevoli alterazioni della parete, all'enterectomia fa seguire la fissazione dei capi intestinali, drenati col tubo di Paul, alla parete addominale. L'entero-anastomosi latero-laterale gli ha dato i migliori risultati.

I tumori del colon importano differenze nella terapia a seconda che risiedono nella metà destra o nella sinistra. In quelli situati nella parte inferiore del sigma la sutura, dopo enterectomia, è difficile; in tali casi l'O. è ricorso fin dal 1906 all'invaginazione.

La mortalità operatoria è stata del 30 %.

SCHIASSI B. (*Bologna*). — Nella cura dell'enterocolite muco-membranosa l'O. ricorre con buon risultato all'ano cecale ampio. Esso non solo impedisce il passaggio delle feci nel colon, ma modifica anche l'innervazione di questo segmento dell'intestino. L'O. dà una notevole importanza alle

modificazioni del simpatico addominale nella patogenesi dell'entero-colite muco-membranosa.

Preferisce all'anastomosi laterale quella termino-terminale, che esegue, dopo aver fissato i monconi intestinali con tre punti direttivi (come nella sutura dei vasi secondo Carrel). In qualche caso fa una sutura invaginante. Crede utile, per prevenire la distensione dell'anastomosi e del segmento prossimale del colon, l'uso del tubo di Lane, che egli ha veduto applicare con buon effetto da Lane stesso.

PARLAVECCHIO G. (*Palermo*). — È d'avviso che l'alta moltalità delle operazioni sul colon dipende in buona parte dalla setticità del contenuto colico, che viene a contaminare la linea di sutura e le regioni prossime. Con l'uso del suo enterostomo è permesso eseguire delle anastomosi in condizioni di asepsi assai migliori. Esso si presta solo per le anastomosi termino-terminali.

L'O. presenta un nuovo istrumento, da lui fatto costruire, che pure permette una coprostasi perfetta durante l'operazione.

ALESSANDRI R. (*Roma*). — Fa osservare che l'odierna pratica chirurgica tende, sempre maggiormente, nelle operazioni sul colon, agli interventi in più tempi. La mortalità si è in tal modo notevolmente abbassata.

Quando si tratta di un tumore maligno è necessaria un'ampia asportazione dei segmenti intestinali prossimi al tumore.

Espone la tecnica usata nei casi di tumori della metà destra del colon: sezione dell'ileo ad una certa distanza dal cieco; anastomosi latero-laterale del moncone prossimale dell'ileo col tratto di colon a valle del tumore; in vicinanza dell'anastomosi si pone un laccio, che stia ad indicarne la sede. Il segmento di colon escluso viene esteriorizzato, e zaffato all'intorno. In secondo tempo ne viene fatta l'asportazione, che si esegue quasi extraperitonealmente. I risultati sono stati buoni.

L'O. dimostra due pezzi anatomici di tumori del colon.

FASANO M. (*Asti*). — Riferisce su di una colectomia del colon discendente, per fistola stercoracea, seguita da anastomosi termino-terminale. Esito in guarigione. In un secondo caso di fistola stercoracea la tiflo-sigmoidostomia non gli dette risultati soddisfacenti.

CAPPELLI I. (*Fano*). — È d'avviso che, nella cura della colite muco-membranosa, la tiflostomia ampia sia da preferirsi all'appendicostomia.

NICOLETTI V. (*Roma*). — Fa notare, che quasi contemporaneamente a P. Bastianelli, il Romano eseguì, in un caso di megacolon, la colonplicatio e la colonpessi.

MATTOLI A., relatore. — Risponde brevemente ai vari oratori. Egli non ha che a lodarsi dell'appendicostomia per la cura della colite muco-membranosa. Crede che la plastica epiploica sia non un mezzuccio (come vuole Schiassi), ma un buon metodo per rafforzare le suture intestinali.

COMUNICAZIONI.

BASTIANELLI P. (*San Giovanni Valdarno*). — *Contributo alla chirurgia del cieco e del colon.* — Espone l'esperienza personale sulla chirurgia del colon (30 casi; mortalità del 20 %).

VIGNOLO Q. (*Lucca*). — *Appunti sulla chirurgia del cieco e del colon.* — L'O. ha eseguito 21 interventi per affezioni del cieco o del colon. Crede che la tubercolosi cecale debba essere trattata con l'asportazione. Preferisce, quando ciò è possibile, eseguire la colectomia in un sol tempo.

DONATI M. (*Modena*). — *Le stenosi ileo-coliche di posizione e la loro cura chirurgica.* — L'O. crede che il nome di «stenosi ileo-coliche di posizione» corrisponda assai meglio ai fatti che non altre denominazioni: stasi intestinale cronica (sindrome di Lane), tiflectasia, ceco mobile, dilatazione dolorosa del colon ascendente (Grégoire). Il binomio, che molto spesso s'incontra all'intervento, è dato dalle aderenze e dalla ptosi del colon cieco. In questi pazienti frequentemente si fa diagnosi di pseudo-appendicite. La ptosi del colon (che del resto s'incontra spesso in individui normali in posizione eretta), è talora accompagnata da rene ptosico, o da ptosi generale dei visceri addominali. L'O. esegue la colonpessia per via lombare; egli ha osservato che non raramente la sola colonpessia è sufficente a fissare discretamente anche il rene psotico; ciò che gli fa pensare che la ptosi renale è forse secondaria alla ptosi del colon, e non viceversa, come di solito si ammette. La colonpessia «a squadra» di Grégoire, eseguita per via addominale, fissa il colon meno in alto che non quella eseguita per la via lombare.

TADDEI D. (*Siena*). — *Sulla pericolite di Jackson.* — Ha operato 25 pazienti, i quali presentavano la sindrome descritta da Jackson, e nei quali fu trovata la membrana descritta da questo A. Si trattava, nella maggioranza dei casi, di donne giovani. Tali membrane sono di origine congenita, come è dimostrato dalle ricerche di Nassetti (il quale vi ha trovato delle ramificazioni nervose). Si tratta dei legamenti normali (pariete colico, ecc.), che si allungano. Distingue tre tipi di membrane.

Quando s'interviene, le membrane debbono essere sezionate perpendicolarmente al decorso dei vasi, e i lembi, così formati, suturati intorno all'intestino. Talora coesisteva rene mobile. In qualche caso ha eseguito l'ileo-colostomia.

Parlando sulla comunicazione di Taddei, BOBBIO (*Torino*) dice di aver operato 14 casi di pericolite membranosa (che egli vorrebbe chiamata «velamentosa» per i caratteri tipici della membrana). Non crede che in tutti i casi le membrane sieno di origine embrionale. Raccomanda di asportare la membrana completamente; termina l'intervento con l'appendicectomia. In un caso l'O. ha eseguito l'ileo-sigmoidostomia, e in un altro una colectomia parziale, tipo Lardennois-Okinczyc.

CASCINO R. (*Modica*). — *Colonectomia del discendente.* — L'O. riferisce su di un caso da lui

operato, per adeno-carcinoma del colon discendente. Ha trovato molto utile l'enterostomo di Parlavecchio.

GAMBERINI (*Bologna*). — *Considerazioni sopra alcuni interventi sul colon.* — L'O. dice di aver spesso osservato, durante i suoi interventi, una dilatazione, talora notevole e accompagnata da ipertrofia, del segmento colico a valle della stenosi; sul quale il chirurgo non avvisato potrebbe esser indotto a praticare un ano contro natura.

L'O. presenta anche un tipo di schiacciatore intestinale, che egli chiama «accollatore».

SEGALE (*Genova*). — Ha eseguito sui cani inversioni di tratti d'intestino tenue, o inversione di circolo, servendosi di un ingegnoso dispositivo. I cani muoiono dopo alcuni mesi per perforazione dell'ansa a monte di quella invertita. La perforazione è determinata dall'accumulo dei materiali solidi del cibo nell'ansa stessa che si dilata; essi non riescono a passare traverso il segmento invertito, il quale non si adatta alle nuove condizioni, ma è sede di riflessi che respingono a monte le parti solide.

MARAGLIANO (*Genova*). — *Sezione fisiologica del nervo emorroidario nelle stenosi infiammatorie del retto.* — L'O. in un caso di stenosi luetica del retto, in cui il paziente rifiutava assolutamente la dilatazione, eseguì l'alcoolizzazione del nervo anale o emorroidaceo, che innerva la porzione inferiore del retto. Dopo ciò furono possibili varie sedute di dilatazione senza che il paziente avvertisse dolore. Poichè il nervo ha mostrato di rigenerarsi troppo rapidamente, l'O. si propone di farne, ove occorra, la resezione.

Seduta dell'11 novembre 1920.

FORNI (*Bologna*). — *Ricerche sperimentali sulle modificazioni della cistifelia in seguito a legatura del coledoco ed a colecistoduodenostomia.* — Ha eseguito 4 esperienze sul cane, facendo la legatura del coledoco e insieme la colecistoduodenostomia. Tre animali sono sopravvissuti. In tutte le esperienze la bocca anastomotica si è mantenuta beante. La legatura del coledoco con filo di seta non determina una dilatazione a monte; non bisogna però stringere troppo il filo per non aver fatti di necrosi localizzata. Il fegato si conserva normale. È bene eseguire l'anastomosi tra cistifellea e duodeno in alto. La cistifellea subisce delle modificazioni di forma. Essa diviene piriforme o claviforme, scomparendo la demarcazione col cistico; esiste un certo grado di pericolecistite. La muscolare va incontro a ipertrofia e iperplasia.

La mucosa dopo 40 giorni dell'operazione mostra fenomeni catarrali, desquamativi, in seguito sopravvengono fenomeni proliferativi quasi adenomatosi. Dopo 130 giorni si notano fatti regressivi, fuorchè in corrispondenza della bocca anastomotica. L'infiltrazione nel corion si limita in ultimo a focolai follicolari.

L'O. ha in corso studi analoghi di anatomia patologica umana.

VECCHI (*Faenza*). — *La coledocotomia nell'occlusione acuta calcolosa del coledoco.* — Ha operato 4 casi di coledoctomia nel periodo acuto di occlusione calcolosa. Se ne è trovato bene. Egli crede che un intervento così precoce trova condizioni locali migliori che non l'intervento tardivo; e condizioni generali pure migliori (colemia appena iniziata). Sola controindicazione potrebbe essere la setticità del contenuto biliare. L'O. però non ha avuto inconvenienti; e d'altronde è facile limitare il campo operatorio dal resto della cavità addominale. Ricorda l'opinione di alcuni AA. sulla opportunità dell'intervento precoce in tali casi.

A. CHIASSERINI (*Roma*). — *L'esame frazionato della secrezione gastrica in alcune affezioni chirurgiche.* — Ha eseguito l'esame frazionato del contenuto gastrico (dopo colazione di prova) estratto a intervalli di 15 primi su 30 malati ricoverati nella R. Clinica Chirurgica di Roma. Studiando il comportamento della acidità totale e dell'acido cloridrico libero, ha potuto costruire dei tracciati, che aggruppa in quattro classi: 1° curve ad ascesa e discesa rapide ed acme acuto; 2° curve ad ascesa prolungata o acme pianeggiante; 3° curve a discesa interrotta da rialzi; 4° curve invertite. Alla 1ª classe appartengono la maggior parte degli individui senza lesioni gastriche; alla 2ª le ritenzioni gastriche dovute a spasmi o a stenosi organiche; alla 4ª le gravi lesioni della mucosa gastrica. Il metodo ha una importanza diagnostica reativa. Va tenuto conto del grado di acidità e della presenza di componenti anormali.

R. ALESSANDRI (*Roma*). — Il metodo dell'esame frazionato del succo gastrico, se bene condotto, ha un notevole valore. Esso completa i dati forniti dall'osservazione clinica e dall'indagine radiologica, che non sempre è di per sè sufficiente per la diagnosi.

LUSENA (*Genova*). — *Stenosi pilorica da granuloma tubercolare.* — Riferisce il caso di una donna con sindrome di stenosi pilorica; si osservava una tumefazione all'epigastrio; in seguito comparve una ghiandola sopraclavicolare. Esisteva dimagrimento, ma non cachessia. Il nodulo sopraclavicolare prelevato mostrò alterazioni tubercolari; perciò fu fatta diagnosi di stenosi pilorica da tubercoloma.

L'O. ha raccolto 60 di tali casi dalla letteratura. In questi casi la sindrome di stenosi non era preceduta da sintomi di ulcera; spesso esistono altre localizzazioni tubercolari; la tubercolino-reazione è positiva; manca leucocitosi; qualche volta si hanno elevazioni termiche vespertine. In 45 casi fu praticata l'operazione. Se è possibile è bene fare la resezione pilorica, altrimenti la gastroenterostomia. Sono state eseguite anche piloroplastiche e gastrolisi.

G. SERAFINI (*Torino*). — Ha operato un anno fa un caso di stenosi del piloro in un ragazzo, già operato per lesione tubercolare del gomito. Fu eseguita una gastroenterostomia con buon risultato.

G. TUSINI (*Genova*). — Fa notare che in molti casi di stenosi pilorica da tubercoloma, esistono lesioni primitive del duodeno. In tali casi è indicata, più che la resezione, la gastroenterostomia.

G. PALAZZO (*Sulmona*). — Ha operato egli pure un caso di stenosi pilorica tubercolare con la gastro-enterostomia. Esito buono.

LUSENA. — Risponde ai vari oratori, facendo osservare che se la gastroenterostomia è spesso eseguita, la resezione, quando è possibile, trova pure le sue indicazioni.

MONTANARI (*Morciano di Romagna*). — *Ricostruzione della parete addominale nello sventramento erniario inguino-crurale per discontinuità del legamento di Poupart.* — Distingue una varietà di ernia inguino-crurale consecutiva a traumi o suppurazioni che hanno leso il legamento di Poupart. Utilizza per la ricostruzione la fascia iliaca e il legamento di Cooper.

Ha applicato il metodo in due casi con buon risultato.

3ª *Relazione*: **Sul moderno trattamento delle fratture.**

R. DALLA VEDOVA (*Roma*), relatore. — Restano ancora in valore nel trattamento delle fratture, come valevano fino dall'èra più antica della medicina, le due indicazioni fondamentali di ricomporre i frammenti e di mantenerli ridotti durante la consolidazione. Ma, alla stregua delle attuali conoscenze della fisiopatologia degli arti fratturati, e coi mezzi di esplorazione e di tecnica dei quali l'arte chirurgica oggi dispone, la riduzione e la contenzione possono essere oggi considerate come efficacemente assolte soltanto quando consentano di ottenere, insieme con il saldamento della scontinuità, anche la restituzione morfologica e la reintegrazione funzionale dell'arto fratturato.

Le attuali conoscenze sulla fisiopatologia della frattura considerano questa come un'unità, nella quale l'attenzione del chirurgo non deve essere assorbita esclusivamente dallo scheletro, ma deve essere rivolta con pari diligenza agli organi attivi dell'apparecchio locomotore; senza trascurare che durante la evoluzione delle lesioni traumatiche, e fin dai primi giorni dell'avvenuta frattura, questi sono necessariamente esposti all'atrofia da inerzia (redimibile), ed insieme ad accorciamenti, compensativi e degenerativi (irredimibili), necessari soltanto se i frammenti sono lasciati consolidare scomposti.

Riduzione e contenzione devono quindi evitare la persistenzadi dislocazioni benchè minime, responsabili di debilitazioni non imputabili alla lesione per sè stessa, ma alle modalità nelle quali questa è venuta evolvendosi.

Se pur troppo spesso nella pratica ci siamo accontentati di una correzione approssimativa degli spostamenti, di una riduzione «clinica» (come la definiva Tuffier), cioè compatibile con una funzione sufficiente, ciò dipende da un lato da non adeguato apprezzamento delle cause di difficoltà, che ostacolano la riduzione e dei mezzi più acconci a superarle, e d'altro canto dalla fiducia, qualche volta eccessiva, in quei compensi, che successivamente potranno ottenersi con una opportuna fisioterapia.

Il tipo e il grado della scomposizione può essere analizzato con precisione sufficiente soltanto mediante la biopsia: e qui la radiobiopsia ha la stessa importanza che ha lo stetoscopio per l'esame degli organi toracici, e l'oftalmoscopia per lo esame del fondo dell'occhio.

La radiobiopsia rappresenta il solo mezzo diagnostico che, all'atto della scelta del metodo di trattamento, ci metta in evidenza le difficoltà e gli ostacoli (scheletrici) che dovranno essere vinti dalla riduzione e dalla contenzione, e che durante il trattamento ci consenta di controllare se realmente esse siano state e si mantengono efficaci.

Possiamo rinunciare alla riduzione e alla contenzione in fratture a scompasizioni di lievissimo grado, incuneate e in sedi prossime ad articolazioni ad ampie escursioni, avvalendoci del trattamento, così detto fisiologico, alla Lucas-Championnière, per ottenere la più precoce possibile consolidazione funzionale. Quando però lo spostamento stabilisca un'angolazione evidente, anche se esistono le altre condizioni ricordate, non dovremo rinunciare a ridurre, che a costo di vedere ritardata la consolidazione funzionale dell'arto, e questo minacciato dalla comparsa di artrite deformante della articolazione incongruente.

Che, se incongruenza dei frammenti si avvera in fratture di tale sede da modificare i rapporti di lunghezza fra due ossa vicine, la cui funzione normale si compie soltanto se le loro articolazioni proprie siano perfettamente congruenti (antibraccio), ogni spostamento, se pure lieve, deve essere corretto, per evitare limitazioni funzionali importanti (della pro supinazione).

In tutti gli altri casi i frammenti dovranno essere ricomposti. E la riduzione dovrà essere completa, e, per riuscire tale, dovrà essere precoce.

Le difficoltà miogene alla ricomposizione dei frammenti, minime nella riduzione immediata (durante lo stupore muscolare traumatico, nelle prime 24 ore), vanno rapidamente acquistando importanza nella riduzione ritardata precoce (durante l'ipertono patologico; che in media non sorpassa una settimana), fino a rappresentare veri ostacoli gravi alla riduzione ritardata tardiva, quando si siano stabiliti gli accorciamenti muscolari compensativo e degenerativo (che si iniziano già dal 4º giorno).

Epperò — sempre che la scelta del momento della riduzione dipenda dalla volontà del chirurgo — si intende come la riduzione immediata sia da preferirsi fra tutte.

Ma se il fratturato si presenta alla cura quando è già in atto l'ipertono patologico, il chirurgo sarà nella necessità di valersi della riduzione ritardata precoce e qualche volta di quella ritardata tardiva.

Le manovre riduttive (estensione, contro estensione e coattazione dei frammenti)) devono esplicare uno sforzo lento e progressivo, nell'atteggiamento acamatico, per ottenere l'effetto desiderato con i mezzi minimi.

Lo scopo sarà raggiunto in un tempo unico (riduzione estemporanea) nella ricomposizione immediata e in molti casi di ricomposizione ritardata precoce: ma negli altri casi, e nella ritardata tardiva, raggiungeremo lo scopo soltanto per azione prolungata continua (trazione permamente) o per azione cruenta.

In tesi generale le manovre di ricomposizione estemporanea (immediata o ritardata precoce) sono indicate nelle fratture trasversali e in quelle poco oblique e nelle fratture spiroidi: e qui dovremo ricordare che ricomposizione della componente laterale e rispettivamente periferica degli spostamenti complessi di queste fratture, non potrà mai essere ottenuta se non ne sia prima completamente corretta la componente longitudinale.

Ma nelle fratture molto oblique, e sempre che lo accorciamento sia molto notevole (masse muscolari poderose), sarà invece indicata la riduzione ad azione progressiva continua (trazione permanente) o quella per via cruenta.

L'avvenuta riduzione deve essere controllata alla radiobiopsia.

La constatata mancata ricomposizione, dopo manovre di riduzione ritardata o tardiva, legittima l'impiego della anestesia e rispettivamente dell'intervento cruento.

Ma l'anestesia e l'intervento cruento sono legittimi anche quando la irriducibilità o le difficoltà alla riduzione (da infrapposizione ecc.), risultino alla radiobiopsia: nel qual caso i tentativi di ricomposizione con altri mezzi sono da mettere da parte, perchè inutili e dannose.

Ridotta che sia la scomposizione, i frammenti devono essere contenuti per impedire che si ristabilisca e si consolidi un qualche spostamento.

Molte delle difficoltà che furono attribuite alla contenzione — tali che i trattatisti ne hanno fatto un segno di diagnosi differenziale con le lussazioni (la frattura ridotta si scompone facilmente) — è stato dimostrato dalla radiobiopsia che in verità sono spesso imputabili a contenzioni tentate in mancata riduzione (riduzione apparente) o in riduzioni incomplete: la ricomposizione completa facilita la contenzione.

La contenzione deve essere efficace; ma deve esercitare la minore possibile influenza dannosa sul trofismo dell'arto.

Può essere ottenuta mediante tutori, mediante trazione continua, mediante osteosintesi cruenta.

Nelle fratture trasversali o poco oblique e nelle fratture spiroidi — sempre che la riduzione sia stata completa — l'osteosintesi dà risultati brillanti: ma anche un semplice tutore rigido ben modellato (gesso) può mantenere un'ottima contenzione, anche se la tenzione elastica e la attivazione muscolare sia intensa. La sua azione non deve essere prolungata al di là del tempo strettamente necessario, e in ogni modo il tutore, applicato appena ottenuta la riduzione, deve essere rimosso e ripetutamente sostituito.

Questo metodo di trattamento però, specialmente se rinuncia al controllo radiografico, espone a sorprese le più spiacevoli.

Nelle fratture nelle quali la forma (fr. oblique) e la sede (metafisi) della lesione, unitamente alla tensione globale delle parti molì, rendono difficile la contenzione, e in quelle nelle quali la riduzione è stata ottenuta con la trazione continua, questa rappresenterà anche il miglior mezzo di contenzione (sotto forma di trazione permanente).

Nelle fratture incontenibili o mal contenibili altrimenti, trova sua precisa indicazione l'intervento cruento (osteosintesi).

Nella scelta dei mezzi da mettere in valore per ridurre e per mantenere i frammenti va data la preferenza a quelli che ottengono la necessaria azione sugli organi passivi dell'apparato motore, esplicando sugli organi attivi un'azione limitata al minimo possibile, sia per estensione, che per intensità, che per durata; e che consentano di istituire al più presto, ma tempestivamente, quelle applicazioni fisioterapiche che meglio possano influire sul ripristino anatomico e funzionale degli uni e degli altri.

Questi che abbiamo presi a considerare rappresentano i capisaldi sui quali trova base il trattamento moderno delle fratture.

Ma nell'applicazione di questi criteri alla cura di un fratturato, essi dovranno essere sempre discussi con quel criterio clinico, che faccia un adeguato apprezzamento delle peculiari caratteristiche evolutive che le fratture, coeteris paribus, acquistano nelle singole sedi, e delle condizioni individuali del paziente; non solo in riguardo alla età, al sesso, al temperamento, alla professione, ma anche in rapporto alle condizioni organiche generali e allo stato fisiologico o patologico dei suoi vari organi ed apparecchi.

Discussione sulla relazione:
«Odierno trattamento delle fratture».

ROSSI BALDO (*Milano*). — Non crede sia da consigliarsi il massaggio e la mobilizzazione precoce nelle fratture, come vuole Lucas-Championnière. Ciò vale sopratutto nella frattura intradeltoidea dell'omero, in cui di solito si ha spostamento all'esterno e in alto del frammento superiore. Nelle fratture del gomito la mobilizzazione precoce favorisce lo stabilirsi di fatti reattivi articolari, e ciò è un grave pericolo.

L'O. per le fratture della clavicola usa la trazione sul braccio in abduzione, e sospeso su di una specie di amaca.

La mobilizzazione precoce nelle fratture bimalleolari ha spesso condotto a spostamenti gravi del piede.

L'O. crede che la cura cruenta nelle fratture di femore sia tecnicamente molto difficile.

B. SCHIASSI (*Bologna*). — È contrario alla trazione permanente tardiva ritardata nella cura delle fratture del femore; con essa non si ottiene che una riduzione clinica nel senso di Tuffier. Egli preferisce ridurre i frammenti capo a capo sul letto di Schede; e far poi un apparecchio gessato.

FALCONE (*Cosenza*). — Si è trovato bene, nella cura di un caso di frattura bimalleolare, di un metodo d'incavigliamento con una stecca ossea.

BASTIANELLI P. (*San Giovanni Valdarno*). — Ha ottenuto ottimi risultati con l'osteosintesi, specie nelle fratture di avambraccio. Ha trovato però difficoltà nel convincere gli operai a farsi operare, perchè questi temevano di perdere molti dei diritti a risarcimento finanziario, con una ricostituzione esatta dell'arto leso.

LUSENA (*Genova*). — Crede che non si possa paragonare la mortalità dei casi curati cruentamente, con quelli curati incruentamente, se non escludendo in questi ultimi casi le morti non dipendenti direttamente dalla frattura, che sono invece escluse dalle statistiche di cure cruente.

Il fratturato deve essere curato in ambiente ospitaliero, e ciò dovrebbe entrare nella coscenza dei medici condotti e del pubblico.

G. ANZILOTTI (*Livorno*). — È un fautore dell'intervento cruento, per esempio nelle fratture malleolari, di cui ha curato con successo dei casi.

DE FRANCESCO (*Venezia*). — Ha trovato molto utile nelle fratture dell'omero dare all'arto un atteggiamento che corrisponda alla sua posizione di riposo studiata nella adduzione-abduzione a varie altezze: posizioni normali fisiologiche.

BONACOME (*Roma*). — Ha ottenuto buoni risultati sia con l'intervento, sia con la cura incruenta. Bisogna, nella cura, decidere caso per caso.

M. PUTTI (*Bologna*). — La trazione diretta sullo scheletro, secondo *Codivilla*, applicata con metodica buona, è oggi assai diffusa e non fa correre pericoli.

La cura cruenta delle fratture nell'infortunistica si diffonderà di più, quando verrà applicata su larga scala; quando si mostreranno gli effetti ottenuti, che sono ottimi; quando si ospedalizzeranno tutti i fratturati.

R. DALLA VEDOVA, relatore. — Risponde alle varie osservazioni. Insiste sopratutto sulla necessità di un'asepsi assoluta, allorchè s'interviene chirurgicamente, perchè i mezzi di difesa dell'osso verso l'infezione sono assai minori che non quelli delle varie cavità sierose, sopratutto del peritoneo.

Comunicazioni.

G. PALAZZO (*Sulmona*). — *Sulla narcosi generale con l'etere per via rettale*. — Su 395 casi di anestesia rettale eterea ha avuto un solo morto. Non ha osservato, in interventi sull'addome, distensione delle anse intestinali; mai emorragie intestinali.

L'anestesia nei primi casi fu incompleta, in seguito, misurando la dose eterea al peso dell'individuo, ha avuto narcosi complete.

Non ha quasi mai osservato vomito postoperatorio, nè complicazioni polmonari. L'anestetico viene introdotto nel retto 45' prima dell'operazione; si fanno due iniezioni di morfina.

Il periodo di eccitazione manca.

B. ROSSI (*Milano*). — *Il mio metodo di cura nelle fratture del femore*. — Presenta un apparecchio metallico per fratture del femore, che permette la trazione con cerotti. L'apparecchio è incluso nel gesso. Si controlla la posizione dei frammenti con la radiografia.

Dopo 20 giorni si toglie la parte inferiore dell'apparecchio gessato in modo che si possano fare movimento attivi e passivi del ginocchio.

L'apparecchio è raccomandato dall'O. specialmente nelle fratture del collo del femore.

F. CACCIA (*Roma*). — *Sul trattamento delle ferite-fratture d'arma da fuoco*. — La questione della cura profilattica delle fratture da arma da fuoco è ancora controversa. L'O. ne ha curato numerosi casi, asportando le parti molli contuse, i corpi estranei, e facendo la scheggectomia completa, quando era possibile ottenere la ricostituzione anatomica dei frammenti.

Dà importanza, per prevenir le infezioni, al raschiamento del midollo dei frammenti ossei. Di solito lascia il focolaio di frattura ampiamente aperto; ma in qualche caso ha fatto la sutura completa delle parti molli.

Dimostra delle radiografie di fratture di femore.

E. BURCI. — Annuncia che la Società Italiana di Chirurgia ha eletto, all'unaimità, a suo *Presidente Onorario* perpetuo il *Sen. Prof. Durante* (applausi).

F. DURANTE. — Ringrazia vivamente, augurando che la Società Italiana di Chirurgia, nella cui vitalità ha sempre avuto fede, prosperi ancora.

F. PUTZU (*Cagliari*). — *Contributo sperimentale allo studio dell'osteogenesi delle fratture complicate a lesioni dei nervi*. — I risultati della influenza delle lesioni nervose sulla riparazione delle fratture sono controversi.

L'O. ha osservato pseudartrosi dell'omero e dell'avambraccio con lesioni del radiale nell'un caso, del mediano e cubitale nell'altro. Si ebbe guarigione solo nel 1° caso.

Ha studiato l'argomento sperimentalmente.

Su conigli giovani egli resecava lo sciatico di un lato, fratturando poi d'ambedue i lati un metatarso.

In altri conigli resecava lo sciatico e il crurale.

In altri ancôra provocava lesioni del plesso brachiale e quindi frattura del radio e ulna.

In una quarta serie di animali, produceva prima la lesione nervosa, in seguito la frattura.

In tutti gli animali, studiando il callo osseo che si formava a livello delle fratture, ha visto che le lesioni dei nervi periferici non avevano alcuna influenza sulla sua formazione.

R. MINERVINI (*Napoli*). — Ha fatto osservazioni analoghe a quelle di Putzu per ciò che riguarda la formazione del callo; le trasformazioni ulteriori però in tessuto osseo sono notevolmente modificate dopo lesioni nervose.

F. SCALONE (*Siracusa*). — Dà maggiore importanza, per la formazione ed evoluzione del callo, alle fibre simpatiche.

LUSENA (*Genova*). — In bambini con paralisi infantile alcune fratture da lui osservate si sono perfettamente consolidate.

G. ANZILOTTI (*Livorno*). — *Ricerche sperimentali sulle artriti da bacillo di Ebert.* — Queste ricerche fanno parte di uno studio sulla etiologia dell'artrite deformante.

Sperimentalmente con l'iniezione di bacilli di Ebert si ottengono lesioni articolari simili a quelle osservate in clinica. Ha osservato gli animali anche a molta distanza di tempo; l'articolazione rimaneva tumefatta, si ottenevano scrosci articolari e rigidità. Nel liquido endoarticolare solo nei primi tempi si osserva vivente il bacillo del tifo. Nella sinoviale si notano prima fatti d'infiltrazione, poi d'iperplasia. Ha osservato inoltre dopo 1-2 mesi ulcerazioni a carico delle cartilagini articolari; dopo 6 mesi si osservano già fatti di riparazione L'estremità ossea è messa allo scoperto per l'ulcerazione centrale; alla periferia si notano fatti proliferativi, nonchè la comparsa di eccondrosi.

L'O. crede che queste lesioni siano assai simili a quelle dell'artrite deformante; oggi invero si tende sempre maggiormente a dare un'etiologia infettiva a tale malattia, e casi di artrite deformante sono stati osservati molti anni dopo il tifo.

G. GATTI (*Firenze*). — *Fratture del femore nell'infanzia.* — Risultati di 280 casi di fratture del femore osservate in bambini. Le fratture per due terzi erano in maschi, e nella prima età (da 1 a 4 anni). Tre casi di fratture bilaterali. I criteri generali di cura collimano con quelli esposti dal relatore. 15 casi furono curati con l'apparecchio, 265 con trazione a peso per mezzo di cerotto adesivo. La trazione è stata fatta orizzontalmente; nel 1° anno la trazione è verticale. Non ha mai applicato la trazione laterale. L'applicazione della trazione durava circa 20 giorni, per altri 20 giorni apparecchio gessato. I risultati, stabiliti con le misurazioni, sono stati buoni. Ha fatto anche delle grandi radiografie in modo da comprendere i due femori. Seguono delle proiezioni da radiografie di fratture del femore, che dimostrano i buoni risultati ottenuti.

M. PUTTI (*Bologna*). — *Contributo alla trazione per doppia infissione (osteotono).* — Mostra una grafica che illustra 880 casi di fratture ricoverati e ospedalizzati nell'Istituto Rizzoli.

In una pubblicazione ha riferito su 5 casi di fratture del femore trattate correntemente col suo «osteotono». Riferisce su altri 4 casi operati in seguito. La consolidazione della frattura si è avuta sempre, ma con una certa lentezza.

Con proiezioni l'O. dimostra i risultati ottenuti con l'applicazione dell'osteotono in casi di fratture del femore viziosamente consolidate e con forte accorciamento (7-9 cm.). In tutti i casi si sono guadagnati dai 5 ai 7 cm. di lunghezza.

G. INGIANNI (*Genova*). — *Trattamento delle fratture complicate infette.* — Divide le fratture infette in gruppi. In uno pone le fratture recenti, in cui non vi è ancora vera infezione: consiglia in queste la pulizia meccanica e un leggero drenaggio. In un altro pone i casi con infezione già dichiarata: per questi casi consiglia l'immersione in bagno di soluzione fisiologica o leggermente antisettica. Il bagno ha un'azione profonda sulla temperatura e sul dolore. L'O. mostra numerose fotografie dei casi, che ha avuto a trattare.

G. CALANDRA (*Palermo*). — Usa per il bagno delle fratture una speciale cassetta, nella quale arriva a intervalli un getto di liquido traverso un tubo. Il getto di liquido perviene direttamente nel focolaio di frattura. La cassetta ha un tubo di scarico. Con questo apparecchio si possono evitare le medicature.

Seduta del 12 novembre 1920.

L. C. ZAPELLONI (*Roma*). — *L'anestesia regionale per via intra-arteriosa.* — Introdotto dal Goyanes nel 1909, il metodo cadde in dimenticanza. L'O. l'ha sperimentato in un caso di emiresezione della lingua per carcinoma, iniettando 25 cc. di soluzione di novocaina 1 % nell'arteria linguale, ottenendo una buona anestesia. Crede che lo stesso metodo potrebbe essere applicato per la craniotomia, iniettando la soluzione nell'arteria temporale.

DELFINO (*Genova*). — *Tentativi di sieroterapia preventiva nella broncopolmonite ab ingestis.* — Ha trattato dei conigli con iniezioni di siero polivalente; dopo qualche tempo li tracheotomizzava e metteva nella cannula tracheale per qualche ora profondamente delle culture di piogeni, raccolte in palline di sambuco; la stessa manovra faceva in conigli non trattati, o trattati solo con siero normale. Mentre dei conigli, trattati con siero polivalente, molti sopravvivevano, gli altri soccombevano. L'O. propone l'iniezione preventiva di siero polivalente in casi di operazioni sulla bocca, o di corpi estranei delle vie aeree, in cui ci può esser pericolo di broncopolmonite.

TORRACA (*Napoli*). — *L'influenza dell'irradiazione solare sul processo di guarigione delle ferite.* — Ha eseguito esperienze sulle cavie, sulle quali produceva delle ferite; alcune delle quali erano esposte al sole, altre all'ombra. L'aspetto delle ferite non cambiava nei due casi; ha osservato che il restringimento, che avveniva nelle ferite, le quali volgevano a guarigione, era più rapido nelle ferite esposte al sole. Quelle protette da fasciatura si restringevano anche più rapidamente.

Le ferite non erano infette.

DE FRANCESCO (*Venezia*). — Osserva che i risultati ottenuti sugli animali non possono riferirsi a ciò che potrebbe avvenire nell'uomo; nelle ferite umane l'influenza benefica della luce solare è grandissima.

R. MINERVINI (*Napoli*). — *Sul destino dei lembi cutanei rovesciati nella cavità peritoneale od affondati nei tessuti.* — Innestando la cute, o l'epidermide sola nei tessuti profondi, si hanno risultati varî: riassorbimento epiteliale, formazione di cisti o di strutture quasi adenomatose. L'O. lavora da molto tempo su questo argomento. Ultima-

mente egli ha intraflesso nei tessuti profondi, o nella cavità addominale, dei lembi cutanei peduncolati (con sezione però dell'epidermide in corrispondenza del peduncolo). In ogni caso ha avuto formazioni di cisti a contenuto sebaceo, che poi si fluidificava. L'epitelio della cisti man mano si disfà: la cisti, raggiunto un dato volume, rimane stazionaria. Nei lembi rovesciati nel caso peritoneale si osserva verso il 3°-4° giorno una proliferazione (una locomozione) dell'epitelio sull'omento e le anse, che aderiscono tutto intorno al lembo; esso va a formare le pareti della cavità cistica. Tutto il lembo tende ad accartocciarsi.

G. MASNATA (*Stradella*). — *Sostituzione del cotone con tessuto spugnoso nelle medicature asettiche.* — Insiste sui vantaggi del metodo. Esso permette una notevole economia.

I. SCALONE (*Siracusa*). — *Innesti paramediani bilaterali nel trattamento operatorio del morbo di Pott.* — Il trattamento operatorio del morbo di Pott certamente abbrevia il periodo di cura. L'O., invece di adoperare il comune metodo di Albee, fa due innesti ossei paramediani bilaterali. Nel caso operato si trattava di un Pott dorsale: incisione dorsale, isolamento e abrasione di alcune apofisi spinose fino alla base; prelevamento di due stecche tibiali con un largo lembo periostale. Le stecche vennero poste ai lati delle apofisi spinose. Senza alcuna fissazione ribattè sugli innesti le masse muscolari. I risultati funzionali sono stati assai buoni. Il metodo avrebbe vantaggi su quello di Albee, perchè gli innesti non seguono la massima curva del gibbo, sono meno esposti all'infezione, assicurano maggiore solidità.

Nel suo caso l'O. ha ribattuto anche le apofisi spinose, come fa Hibbs.

D. MARAGLIANO (*Genova*). — Non crede che gli innesti nel morbo di Pott sieno utili nel periodo florido del male, ma solo nel periodo di riparazione. Quando la curvatura è accentuata è bene usare come innesto una costa, come fa De Quervain.

DE FRANCESCO (*Venezia*). — *L'acqua di mare negli ascessi freddi.* — L'O. adopera il siero marino di Quinton per il lavaggio degli ascessi freddi, dopo aver aspirato il pus. Esso non dà alcuna reazione locale; i lavaggi vengono fatti a grande distanza. Adopera l'acqua di mare nelle medicature. Per la preparazione del siero marino preleva l'acqua marina a 10 metri e più di profondità; il siero non perde la sua azione anche dopo molto tempo.

CALANDRA (*Palermo*). — Per gli ascessi freddi adopera per iniezione la fucsina di Ziehl; l'adopera anche con successo nelle fistole tubercolari.

F. CROSTI (*Milano*). — *Considerazioni su 120 casi di tiroidectomia per gozzo.* — Dal maggio 1917 a tutt'oggi ha operato 124 gozzi. Ha trovato 87 strumi diffusi colloidei; 15 strume cistiche con degenerazione calcare; 13 adenomi fetali; 3 cisti vere uniche; 5 carcinomi. Ha avuto tre morti. Un caso di morte è dovuto all'anestesia. Di solito viene eseguita l'anestesia locale (formula di Schiassi); ultimamente ha fatto anestesie locali con varie miscele (H. M. C.; anesteticum, ecc.).

Di solito ha eseguito il taglio a cravatta di Kocher; ha praticato il metodo di Porta-Socin; ma molto più spesso l'*enuclatio-resetio* di Kocher. Col processo di Porta-Socin ha osservato talora fatti di necrosi a carico del tessuto tiroideo. Meglio è fare l'asportazione del lobo tiroideo. Ha trovato delle difficoltà nella enucleazione dei lobi di ragazze molto giovani, difficoltà specialmente nella lussazione del gozzo, durante il quale bisogna tenersi vicinissimi alla capsula propria, per non aver gravi emorragie venose e lesioni del ricorrente, che deve essere veduto.

Ha osservato dei gravi inconvenienti consecutivi alle iniezioni iodiche. La cura del gozzo *plongeant* è difficile. L'O. in questi casi fa un taglio di Kocher basso; allaccia la tiroidea superiore e, seguendo il peduncolo vascolare, arriva a fare la lobectomia. In qualche caso ha eseguito la resezione cuneiforme.

R. BASTIANELLI (*Roma*). — Crede che il taglio cutaneo debba esser fatto esattamente nella plica del collo. Ha operato solo pochi gozzi follicolari; di solito ha trovato adenomi, che ha potuto enucleare, facendo l'emostasi della sezione del parenchima tiroideo.

G. PIERI (*Roma*). — *Plastiche cutanee degli arti inferiori.* — Ha eseguito 13 plastiche cutanee a lembo, per ricoprire larghe perdite di sostanza negli arti inferiori di soldati. Otto di questi sono stati seguiti fino a guarigione. Egli si è basato sui suoi studi eseguiti sulla circolazione cutanea. Riassume la circolazione cutanea dell'arto inferiore. I lembi vengono tagliati secondo criteri desunti dalla conoscenza della vascolarizzazione cutanea.

Per ciò che riguarda la plastica all'italiana, l'O. ha studiato l'importanza delle varie sorgenti vascolari proprie del lembo e quelle provenienti dal terreno ospite, per determinare l'epoca in cui il peduncolo del lembo deve essere tagliato e la preparazione del terreno ospite.

FALCONE (*Cosenza*). — *Innesti di testicolo nell'uomo.* — Ha praticato in 4 casi etero-innesti di testicolo di montone nell'uomo. In tre casi l'innesto è stato eliminato dopo spazi vari di alcuni giorni; in uno l'innesto è attecchito. I risultati sono stati brillanti: ritorno dello stimolo sessuale anche in vecchi; anche i fenomeni di vitalità generale aumentavano. L'innesto era fatto sotto la cute dell'addome; solo in un caso ha avuto reazione febbrile.

F. DURANTE (*Roma*). — Critica le affermazioni di Falcone: sarebbe necessario osservare dopo qualche mese le condizioni degli innesti, prima di poter dire qualche cosa sul loro esito. Forse i risultati funzionali non sono che fenomeni suggestivi; in ogni modo bisogna andar cauti nelle affermazioni, trattandosi di un argomento di grande importanza sociale.

BIANCHERI (*Modena*). — Ricorda gli esperimenti di Voronoff; in essi dopo tre mesi i testicoli trapiantati sarebbero stati trovati perfettamente normali. Solo dopo un mese si osserverebbero i fenomeni di ringiovanimento globale.

G. UFFREDUZZI (*Torino*). — Domanda all'O. precedente su quali criteri è basata la normalità affermata del testicolo; se essa si riferisce alla parte sessuale o alla interstiziale. Ricorda le ricerche recenti sul comportamento di queste due parti negli esperimenti di trapianto. È stata ottenuta un'ipertrofia della ghiandola interstiziale con la legatura dei deferenti.

DOMINICI (*Roma*). — Interviene nell'argomento dicendo che, secondo Voronoff, nel testicolo senile si atrofizza la parte interstiziale, mentre permane immutata la parte spermatogenica. Secondo lui gli innesti (che d'altronde fa secondo l'antico metodo di Christiani), avrebbero lo scopo di sostituire la parte interstiziale. Del resto la vitalità loro è transitoria.

ALBANESE (*Roma*). — *Processo di riassorbimento dell'ematoma.* — Ha fatto degli studi sperimentali, dividendo le sue ricerche in vari gruppi. Nel riassorbimento è probabile che abbiano importanza i fenomeni proteolitici. Non ha mai osservato l'insorgere di reazioni termiche.

M. AMANTE (*Roma*). — *Perdita di sostanza della teca cranica, in seguito a trapanazione - Grave stato di male epilettico - Innesto di fascia lata e di tibia - Guarigione.* — Riferisce su di un caso clinico da lui operato.

A. PENNISI (*Roma*). — *Presentazione di pezzi anatomici (plastiche durali).* — I pezzi presentati fanno parte di una serie di 72 ricerche, eseguite nel Laboratorio di Patologia chirurgia di Roma, sui trapianti di grasso. Il tessuto adiposo trapiantato, attraverso processi di necrosi parziale e di atrofia, ci si presenta definitivamente come tessuto fibro-adiposo o adiposo normale. Esso provoca solo lasse aderenze con la corteccia lesa; permette i reimpianti ossei e le plastiche ossee.

G. GIANNETTASIO (*Firenze*). — *Sindrome ipofisaria - Craniotomia decompressiva.* — Riferisce su di un caso clinico di distrofia adiposo-genitale. L'inferma, una donna di 33 anni, divenuta amenorroica, mostrò poi sintomi di emianopsia, cefalea, vomito a carattere cerebrale. Fu una volta operata con diagnosi di sinusite. Veduta dall'O. egli eseguì una craniotomia decompressiva temporale; le condizioni della paziente migliorarono notevolmente. Dopo 20 giorni la paziente fu sottoposta a cura di raggi X. Egli suppone che si trattasse di una struma iperplastica dell'ipofisi.

A. CHIASSERINI (*Roma*). — Fa osservare che di solito nella forma adiposa genitale di Fröhlich si tratta non di forme adenomatose iperplastiche, ma, o di forme cistiche, o di altre forme di tumori (tra cui i tumori a cellule pavimentose di Erdheim).

G. UFFREDUZZI (*Torino*). — Ricorda un caso clinico di adiposi ipofisaria pubblicato da Visconsini; ricorda anche un altro caso di tumore ipofisario curato col radium e citato da Bortolotti.

I. CAPPELLI (*Fano*). — Riferisce pure un caso di tumore ipofisario curato con la radiografia.

F. NIOSI (*Pisa*). — *Serramento delle mascelle.* — Riferisce il caso clinico di una ragazza, la quale, dopo una malattia generale e un ascesso della regione temporale, ebbe un serramento della mandibola. Si trattava forse di artrite piemica. L'O. operò la paziente con incisione di Abbe. Il condilo e il processo temporale erano trasformati in un blocco osseo. Durante l'estrazione di un piccolo tratto di osso, si produsse una forte emorragia, probabilmente dalla mascellare interna. Poichè l'emorragia non ristava, fece l'allacciatura della carotide esterna. Asportato il blocco osseo, eseguì tra il condilo e l'arcata un'interposizione di fascia lata.

G. SERAFINI (*Torino*). — In un ferito di guerra con serramento eseguì l'operazione di Rochet. Esito buono.

R. ALESSANDRI (*Roma*). — Secondo la sua esperienza non crede che sia necessaria l'interposizione di aponevrosi dopo resezione del condilo. Tale è anche l'opinione del Mayo.

Quanto alla resezione sotto-periostea non crede sia sempre eseguibile; di solito s'incontra un blocco osseo, che si asporta con la sgorbia, come meglio si può.

O. MARGARUCCI (*Roma*). — È della stessa opinione di quella espressa da Alessandri. In due casi occorsigli si è limitato alla semplice resezione.

M. FASANO (*Asti*). — *Estrazione di proiettile intrapolmonare in rapporto all'apice cardiaco.* — Riferisce su di un caso clinico, operato con successo.

B. SCHIASSI (*Bologna*). — *Sul trattamento della pleurite purulenta acuta colla toracopleurotomia senza drenaggio.* — La scelta del momento dell'intervento è assai delicata. Per ciò che riguarda la tecnica dell'intervento ricorda il drenaggio irreversibile di Jansen, e il metodo di Tuffier-Dépage (resezione e svuotamento, lavaggio con liquido di Dakin, sutura con formazione di un pneumotorace asettico). Crede che ambedue i metodi abbiano degli inconvenienti. Ricorda anche l'esperienza di Chévrier sul cadavere, per determinare il punto del cavo toracico ove si raccoglie il liquido. L'O. sui malati ha visto che il punto più basso del cavo toracico è sulla 10ª costa, sull'emiscapolare. Quivi bisogna istituire il drenaggio. Egli reseca 13-14 cm della 10ª costa, apre la pleura, svuota lentamente l'essudato, introduce un grosso zaffo di garza, che agisce come divaricatore, e che viene tolto verso il 4º giorno.

Non fa drenaggi, nè lavaggi. Dopo 35-40 giorni di solito i malati tendono a guarire.

ROSSI (*Forlimpopoli*). — *Cisti dermoide intratoracica.* — Un caso clinico di cisti dermoide del mediastino, sviluppatasi verso il torace di destra.

operato con toracotomia e svuotamento della cavità. La sacca confinava col pericardio. Ha trovato pubblicato nella letteratura italiana solo 4 casi di cisti dermoidi del mediastino operati tra cui 1 di Bastianelli).

GOLATTI (*Maria Cristina d'Aspromonte*). — *Sulla tubercolosi renale e sulla nefrectomia nella tubercoloso renale.* — Dice che Nicolich, presso il cui reparto urologico l'O. ha lavorato, ha curato nell'ultimo decennio 156 casi di tubercolosi renale. Le indicazioni operatorie sono state molto estese. In 89 casi era colpito il rene destro; in 11 casi la tubercolosi era bilaterale. La maggior frequenza è stata nel 4° decennio di età.

Su 95 operati la mortalità è stata del 7.87 %. Su 79 casi di tubercolosi in donne, in 29 fu trovato il rene mobile. In un caso di tubercolosi il rene era unico. Non sono mai residuate fistole ureterali; il moncone ureterale è cauterizzato con acido fenico puro.

G. GIANNETTASIO (*Firenze*). — Dopo la nefrectomia piega il moncone ureterale inginocchiandolo, e fissandola con punti alla Lembert.

G. D'AGATA (*Catania*). — *Contributo anatomo-clinico nel trattamento chirurgico dell'uretere nella tubercolosi renale.* — In un gruppo di casi (25 %) di tubercolosi renale operati nella Clinica chirurgica di Firenze le lesioni ureterali erano massive e diffuse (infezioni miste); si ebbero, dopo nefrectomia, in 2 casi fistole ureterali, che poi guarirono spontaneamente. In qualche caso notò infiltrazioni calcaree dell'uretere; in un caso (in cui esisteva ulcerazione dell'ostio vescicale) si ebbe pure fistola ureterale. Il moncone ureterale è cauterizzato; mentre nel reparto urologico di Trieste, diretto da Nicolich, viene toccato con acido fenico puro.

CAPPELLI (*Fano*). — Nei suoi casi di nefrectomia per tubercolosi renale non ha mai avuto fistole ureterali.

ROMITI (*Bologna*). — *Osservazioni cliniche sulla calcolosi dell'uretere.* — Riferisce l'esperienza di quest'anno della Clinica chirurgica di Bologna e di un reparto dell'Ospedale Maggiore di Bologna su questo argomento. Si tratta di 5 casi in cui i calcoli avevano la sede tipica; i calcoli non erano mobili: in un sol caso l'uretere era ispessito per ureterite e periureterite. Non coesisteva calcolosi renale, nè pionefrosi. Nella maggior parte dei casi si trattava di uomini giovani, che avevano avuto coliche renali. L'O. non crede che la litiasi ureterale sia sempre secondaria a quella renale. È stata eseguita l'ureterotomia sopra (nelle forme con dilatazione) o a livello del calcolo. La sutura ureterale, quando è possibile, è certamente da preferirsi.

L. BOBBIO (*Torino*). — Riferisce un caso di calcolo dell'uretere in una donna già operata di pelvilitotomia. Sutura dell'uretere. Guarigione.

BIANCHERI (*Modena*). — *Sopra due casi d'ematuria.* — Due malate con ematuria totale ed anemia intensa. All'operazione non si trovarono alterazioni renali macroscopiche. Nefrectomia. Guarigione. Istologicamente trovò solo rarissime cellule giganti in un caso; nell'altro solo un'infiltrazione della corticale.

B. SCHIASSI (*Bologna*). — *Come provvedere ai fatti di trombo-arterite obliterante della succlavia in caso di costola cervicale.* — Riferisce il caso di una donna con inizio di gangrena dell'arto superiore destro. Esisteva una costola cervicale. Fu preparata la succlavia destra, e resecata la costa. Nonostante questo, i fenomeni circolatori essendosi aggravati, egli intervenne di nuovo, incise la succlavia ed estrasse un trombo. Sutura del vaso. Il polso alla radiale tornò temporaneamente. Il giorno successivo fu eseguita l'amputazione del braccio. In casi simili si proporrebbe di utilizzare il tronco della carotide comune, che, allacciato e troncato in alto, e quindi abbassato, dovrebbe essere anastomosato col capo periferico della succlavia.

GIANNETTASIO (*Firenze*). — Pensa che l'allacciatura della carotide comune potrebbe dare disturbi cerebrali.

SCHIASSI. — Risponde che, poichè si tratta d'individui giovani, i disturbi da allacciatura della carotide dovrebbero esser meno temibili.

NASSETTI F. (*Siena*). — *Legature parietali della vescica (ricerche sperimentali).* — Illustra la comunicazione con proiezioni di diapositive.

Il Comitato direttivo per il 1921 risulta così costituito:

Presidente: E. Burci (Firenze).

Vice-presidenti: G. Muscatello (Napoli); O. Margarucci (Roma).

Consiglieri: Baldo Rossi (Milano); G. Anzillotti (Livorno).

Segretario: L. Dominici (Roma).

Vice-segretario: L. C. Zapelloni (Roma).

I temi di relazione per il XXVIII Congresso sono:

1° *Pleuriti purulente.* (Tema in comune con la Società Italiana di Medicina).

2° *Ptosi gastro-intestinali.*

3° *Tubercolosi renale.*

A. CHIASSERINI.

XX Congresso della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia.

(Pavia, 24-26 ottobre 1920).

Presidente: Prof. EMILIO ALFIERI (Pavia).

Vice-Presidenti: Prof. E. TRUZZI (Padova) - Prof. E. WELPONER (Trieste).

Segretario: Prof. O. VIANA (Verona).

Vice-Segretari: Prof. VERCESI (Genova) - Dott. CATTANEO (Pavia).

Il Congresso ha luogo in Pavia anche perchè avesse parte nella Commemorazione del Centenario della fondazione della Clinica Ostetrica nell'Ateneo Ticinese.

E una mirabile Commemorazione i Congressisti presenziarono ascoltando le parole del prof. Alfieri che ricordò i professori che dettarono le loro lezioni nella Clinica dal 1763 ad oggi, da Moscati, professore di anatomia, chirurgia ed arte ostetrica, a Nessi, Malacarne, Cairoli, Fattori, Bongioanni, Lovati, Casazza, Pastorello Lovati, Cazzani, fino a Porro, illustre per la tecnica cesarea che da lui prende nome, al Guelmi, al Cuzzi, maestro insigne, al Mangiagalli ora a Milano, al Clivio ora a Genova, all'Alfieri che si trova ad iniziare il secondo secolo dell'insegnameto nella vetusta Clinica, donde uscirono tanti reputati maestri, che insegnano nelle Cliniche italiane anche oggi ed hanno avuto parte nei rapidi progressi delle discipline ostetriche e ginecologiche.

Dopo la Commemorazione e l'inaugurazione del Congresso iniziarono le sedute scientifiche con la relazione su

Le metriti emorragiche.

Prof. ERCOLE COVA (*Siena*). — *Riassunto e conclusioni*. — L'espressione «metrite emorragica» ha un valore prevalentemente sintomatico, e viene usata a designare gravi emorragie uterine indipendenti da neoplasia e da lesioni anatomiche esattamente definite. Non tutte le forme corrispondono per la patogenesi ad un unico tipo.

Queste emorragie si presentano di preferenza negli ultimi anni dell'età feconda o nella imminenza della menopausa; possono perdere ben presto ogni rapporto col ciclo mestruale, e dare anemia grave; difficilmente però mortale.

Dal punto di vista *anatomico*, l'utero si presenta ingrossato per aumento di fasci muscolari: in minor grado prolifera il connettivo. I vasi del miometrio, e sopra tutto le arterie, sono di solito aumentate e tortuose; presentano ispessimento notevole della tonaca media, qualche volta con degenerazione ialina: fatti degenerativi si possono avere anche nell'intima. Di solito si ha pure uno sviluppo ragguardevole di fibre elastiche. Queste alterazioni non sono però caratteristiche; qualche volta mancano in forme emorragiche mentre possono riscontrarsi con intensità e tipo identici anche in metriti non associate ad emorragie. La mucosa uterina non presenta alterazioni caratteristiche nei suoi vari elementi. Le ovaie sono ingrossate; qualche volta sclerocistiche.

Riguardo alla *patogenesi* è da ricordare come sia assegnato un grande valore alla costituzione del soggetto, come quelli nevroartritici, polisarcici, che però in altri casi presentano piuttosto amenorrea. È stata chiamata in causa la sifilide; l'influenza dei disturbi cronici di circolo, consecutivi a retroflessione dell'utero, esagerati eccitamenti sessuali, malattie di varia natura, specialmente quelle di natura infiammatoria, sia puerperali che indipendenti dal puerperio.

Tutta una serie di autori ha riportato il fatto primo alle alterazioni dei vasi uterini, ma queste non sono nè costanti nè esclusive per le forme emorragiche. Talune forme con ragguardevole sviluppo dell'utero possono essere raffrontate colle vere e proprie neoplasie, tanto più se nelle pareti dell'utero si incontrano, come di frequente accade, dei piccolissimi nodetti fibrosi, che per sè stessi non possono assolutamente essere causa di emorragia, sia per le limitatissime dimensioni, sia per la sede.

Al giorno d'oggi però è opinione più largamente diffusa che la malattia sia in rapporto con stimoli anormali provenienti dall'ovaio: stimoli per alcuni di semplice natura riflessa, quali si avrebbero nella ovarite sclero-cistica (scuole francesi), ma per i più stimoli di natura chimica, ormoni provenienti dal complesso del parenchima ovarico, o dai follicoli, o dalle fasi iniziali di formazione dei corpi lutei, mentre il corpo luteo nel suo pieno sviluppo produrrebbe, invece sostanze decongestionanti. Oltre che di questa alterata funzione dell'ovaio, si deve probabilmente tenere conto anche di alterazioni di tutto il rimanente apparato endocrino.

Se questa teoria basata sulle secrezioni interne è la più attraente e quella che ci può spiegare il maggior numero di metriti emorragiche, non possiamo abbandonare del tutto anche le teorie più antiche, onde la patogenesi è probabilmente multiforme.

La cura può essere fatta con criteri diversi. Se esistono diatesi speciali, saranno raccomandabili cure generali, climatiche, diatetiche, balneari, ecc. Cure iodiche potranno pure essere indicate; in certi casi cure specifiche, antiluetiche.

Per solito la cura viene iniziata con stittici uterini. Sono stati raccomandati i preparati di mammella, di corpo luteo, di ipofisi, come anche di tiroide, di placenta.

Sono da ricordare le causticazioni dell'endometrio, con varie sostanze e varia tecnica, fino alla atmocausi e alla gestocausi.

L'elettricità è stata applicata sotto varie forme. fino al mezzo che ha dato senza dubbio i più brillanti risultati, e cioè il trattamento con raggi X. Un esperto operatore che disponga di un adatto strumentario è in grado, si può dire, di guarire ogni forma anche più grave di metrite emorragica, e senza pericolo, mediante i raggi Röntgen. La tecnica moderna consente anche di arrivare alla sterilizzazione della donna in una sola seduta.

Efficacia presso a poco simile è dimostrata anche dalle applicazioni di radio o di mesotorio.

Tra le cure operative, la più semplice è il raschiamento, che qualche volta può dare buoni risultati; ma più spesso fallisce. È però sempre un mezzo al quale sovente si ricorre, almeno per escludere l'esistenza di lesioni maligne dell'endometrio.

Operazioni di maggiore importanza, pei casi ribelli, sono le resezioni più o meno estese dell'utero, o come estremo rimedio l'isterectomia, che per questa indicazione preferibilmente si pratica per la via vaginale.

Il tema interessantissimo dette luogo a viva *discussione* della quale diamo breve cenno:

Prof. PESTALOZZA (*Roma*). — Accenna ai fatti neoplastici che talora si nascondono in un utero metritico, specialmente alla così detta *fibromatosi* uterina per la quale pur non son chiari concetti. Mette in rilievo lo sviluppo spesso enorme dell'ovaio compagno delle metriti, a conferma quasi dell'origine ovarica della sindrome emorragica. Per la cura fu, ora meno, partigiano della operazione di Kelly anche perchè più spesso mette in evidenza concomitanti noduli fibrosi che possono esser enucleati. Vide recidive che talora obbligarono alla operazione demolitrice. Completa sempre l'operazione ricoprendo le ferite uterine dell'operazione di Kelly con un lembo peritoneale scolpito dalla piega vescico-uterina, come nella sua tecnica di isteropessi pelvica.

Prof. CLIVIO (*Genova*). — Mette in rilievo le alterazioni connettivali talora profonde nelle metriti, che dànno ragione degli insuccessi delle varie cure.

Prof. TRUZZI (*Padova*). — Distingue le vere *metriti* dalle *pseudometriti*, dando importanza per queste alle condizioni circolatorie periuterine e specialmente al così detto *varicocele pelvico*. La stasi venosa spiega i fatti emorragici, la iperplasia delle tonache uterine, la proliferazione irregolare dei follicoli ovarici che più spesso non arrivano a maturazione.

Prof. SCHIASSI (*Bologna*). — Nella patogenesi delle metriti dà importanza alla disfunzione ovarica, non alla flogosi, e la disfunzione ovarica dice sempre legata ad alterazioni del simpatico, tanto che vorrebbe si parlasse di *metrorragie simpatiche* e si indirizzasse la cura alla opoterapia specifica: adrenalica e in linea secondaria tiroidea.

Prof. FERRONI (*Firenze*). — Nei suoi casi (72) ha dato notevole preferenza all'isterectomia addominale per vincere metrorragie minacciose — minori preferenze alla operazione di Kelly. Ha trovato frequente l'iperplasia connettivale e la sclerosi vasale come le alterazioni ovariche. Per la cura emostatica, per solito fatta empiricamente da tutti, si dovrebbe dare importanza alla tensione vasale. L'adrenalina e la tiroidina gli dettero buoni resultati: minori l'ipofisina.

Prof. ALFIERI (*Pavia*). — Dà importanza all'ovaio per la genesi delle metriti emorragiche. È poco favorevole al raschiamento per la cura. Non crede logica la castrazione ovarica. Ha sperimentato la «Kelly» nella cura delle metriti — una volta anche *per vaginam*.

Prof. GUZZONI (*Modena*). — Dice le sue preferenze per l'operazione di Kelly nella cura delle metriti per la facile tecnica nella via addominale.

Prof. DECIO (*Firenze*). — Nelle metriti emorragiche dice la condizione della mucosa uterina in rapporto alla funzione del corpo luteo. L'assenza del corpo luteo in alcuni uteri emorragici da lui riscontrata gli farebbe pensare ad un'azione inibitrice dell'emorragia pertinente al corpo luteo. Ricorda a questo proposito le emorragie vescicali constatate dopo asportazione chirurgica di ovaie contenenti un corpo luteo in piena maturità.

Prof. RIZZACASA (*Aquila*). — Dà importanza ai preparati di calcio (calciojone) nella coagulazione del sangue per la cura delle emorragie uterine.

Prof. RIZZATTI (*Modena*). — Dà importanza alla cura della metrorragia con le causticazioni jodiche di maggior efficacia dello stesso raschiamento uterino.

Prof. GELLI (*Firenze*). — È invece favorevole al raschiamento associato alle causticazioni.

Prof. LANDUCCI (*Bergamo*). — Mette in rilievo l'importanza della mancata igiene sessuale e delle pratiche neomalthusiane nella patogenesi della metrite emorragica.

Prof. GALL (*Trieste*). — Nota che nella radioterapia si vede elevare il tasso emoglobinico, e perciò mette in rilievo l'utilità della cura con i raggi X per le anemie post-metrorragiche.

Prof. COVA (*Siena*). — Risponde a tutti gli OO. Dice che ricerche più recenti mettono in evidenza l'iperplasia muscolare prevalente su quella connettivale. L'esame macroscopico alla sezione di uteri metritici asportati può far cadere in errore circa la differenziazione del tessuto connettivale e muscolare nell'attribuire all'uno o all'altro l'iperplasia.

Riconosce l'importanza patogenetica del varicocele pelvico nelle metropatie ed in generale delle lesioni vasali periuterine. Nota che le odierne ricerche, che farebbero discordanti ovulazione e mestruazione, infirmerebbero l'opinione di rapporti diretti fra corpo luteo e metrorragie. Conviene con l'O. che ha messo in vista l'importanza patogenetica del neomalthusianismo nelle metrorragie. Crede si debba esser un po' scettici sull'efficacia dell'opoterapia, meno su quella delle causticazioni dell'endometrio se sono assenti lesioni annessiali acute o subacute. Un po' scettico è anche sull'efficacia del raschiamento, pure utile in qualche caso.

Molti autori si trovano concordi per l'utilità della operazione di Kelly per via addominale, ma molti la eseguirono come l'Alfieri, anche *per vaginam*, specie nella così detta *defundatio uteri*.

***

Nel Congresso furono raccolte per un'unica discussione tutte le *Comunicazioni* sulla

Radioterapia e Radiumterapia ginecologica.

in essa compresa la *radioterapia nella cura delle metriti*, a complemento della discussione sulla precedente relazione.

Erano presenti alla discussione i radiologi: prof. Vittorio Maragliano (Genova), prof. F. Perussia (Milano), dott. G. Pesce (Genova), prof. A. Cuzzi (Milano), Prof. Fontana (Salsomaggiore), dott. M. Pavesi (Pavia), dott. A. Rossi (Parma), prof. M. Ponzio (Torino), dott. B. Tarugi (Parma), dott. M. Fiorini (Cremona), dott. M. Spinelli (Napoli).

I. — Prof. GELLI (*Firenze*). — *Lo stato attuale della terapia delle irradiazioni in ginecologia.* — Fa una disamina della bibliografia internazionale sull'argomento con speciale riguardo alla cura dei cancri uterini, dei fibromiomi e delle emorragie dell'età critica. Illustra anche la bibliografia italiana, ricca in questi ultimi anni. Accenna all'efficacia della radioterapia nella lotta contro il cancro dell'utero, presentando in ultimo un «ordine del giorno» inteso a promuovere gli studi e le applicazioni radioterapiche.

II. — Prof. OLIVA (*Genova*). — *I raggi X ed il radium nella cura dei carcinomi e dei fibromi uterini.* — Ha usato prima solo la röntgenterapia, poi la radiumterapia sola o combinata con la röntgenterapia. Dice le sue conclusioni vecchie e nuove e le modificazioni di tecnica apportate negli ultimi anni dalla sua esperienza, il dosaggio del radium-elemento e delle irradiazioni X; l'enumerazione dei casi trattati, accennando anche a sue passate pubblicazioni sull'argomento. I risultati furono in complesso ottimi specie per la radiumterapia — scomparsa all'esame obbiettivo dei tumori fibrosi nelle donne intorno la menopausa ed amenorrea persistente — guarigione quindi clinica ed anatomica. Meno soddisfacenti resultati per i fibromi specie se piccoli, intramurali nelle donne giovani.

Per i carcinomi dalla sua esperienza trae le seguenti impressioni: 1° l'actinoterapia non può ancora gareggiare con la cura chirurgica; 2° l'actinoterapia e specie la radiumterapia hanno valore nella profilassi delle recidive post-operatorie; 3° il radium è il mezzo di cura palliativa migliore nella cura dei carcinomi inoperabili e qualche rara volta ne determina la scomparsa duratura.

III. — Dott. M. SPINELLI (*Napoli*). — *Contributo alla fisioterapia del carcinoma uterino. — Conclusioni.* — Nei casi inoperabili sono stati raggiunti risultati superiori a quelli di qualunque altro mezzo curativo. Il radium ha fatto fare un gran passo innanzi nella lotta contro il cancro: esso *non uccide e può guarire.*

I mezzi fisioterapici debbono esser messi alla dipendenza del clinico per il loro maggior progresso. Occorre la perfetta tecnica radiologica con le sue audacie e le sue limitazioni, ma occorre anche una conoscenza profonda delle condizioni patologiche e cliniche della paziente se si vogliono aver buoni risultati. L'autore illustrò tutti i suoi casi.

IV. — Prof. A. CUZZI. — *La curriterapia del cancro genitale femminile.* — Accenna alle statistiche della cura chirurgica e della curriterapia del cancro del collo dell'utero; conclude debbasi oramai modificare la linea di condotta nella cura del carcinoma genitale femminile, per dare più grande parte alla terapia col radium e sostanze radioattive nella cura e nella profilassi della malattia e delle sue recidive. Trae le sue conclusioni dalla pratica fatta nell'Istituto ostetrico di Milano. Presenta associandosi al prof. Gelli, un «ordine del giorno» al riguardo.

V. — Prof. GIUSEPPE ROCCHI (*Bologna*). — *Contributo alla röntgenterapia moderna in rapporto alle lesioni utero-ovariche.* — Illustra la sua pratica con un apparato della casa Veifa di Francoforte, specialmente occupandosi del dosaggio delle irradiazioni ed esponendo i risultati ottenuti. Base delle cure è la misura biologica per un eritema cutaneo ed espone il confronto delle dosi rispettive per la röntgencastrazione, per la dose mortale per le cellule cancerigne, sarcomatose, per l'intestino, i muscoli, il mioma uterino, la tiroide, ecc., per dar dosi eccitanti la proliferazione del connettivo interstiziale, delle cellule epiteliali, ecc.

VI. — Prof. ARTOM DI SANT'AGNESE (*Roma*). — *Sei anni di mesotorioterapia del cancro dell'utero.* — La sua esperienza è fatta su 260 casi di cancro dell'utero trattati col mesotorio dal 1914 al 1920 di fronte a 157 casi operati nello stesso tempo nella Clinica di Roma. I risultati, meschini nei cancri della vagina, sono stati buoni in quelli dell'utero. Può vantare una guarigione persistente dal 1914 in un caso che sarebbe stato operabile.

In 36 casi inoperabili (anni 1914-1915), 5 donne vive ancora (13.77 %), si ebbero 9 fistolizzazioni della vescica e del retto, 2 casi di morte per infezione. Pone in rilievo i risultati ottenuti nei cancri del collo che erano inoperabili. Per i cancri del corpo dell'utero i risultati sono certo inferiori a quelli della cura chirurgica. Crede per i cancri operabili del collo uterino si debba iniziare l'esperimento delle cure radioattive.

VII. — Dott. TARUGGI (*Parma*). — *Grosso fibroma uterino causa di sterilità curato con i raggi X, seguito da gravidanza e parto normali.* — Espone il caso importantissimo.

Seguì a queste sette comunicazioni la seguente *discussione*:

Prof. PESTALOZZA (*Roma*). — Son da porre dei punti fermi sull'importate argomento per il quale dice tutto il suo entusiasmo. I cancri del corpo debbono esser operati senza discussioni, visti i buoni resultati da tutti ottenuti con la facile tecnica, sia prossimi che lontani. Per il cancro del collo la questione è *sub-judice*. Non crede possibile decretare l'abolizione dell'atto operativo: piutto-

sto abbandonare le operazioni più gravi per accogliere le meno gravi (isterectomia vaginale e persino amputazione alta del collo) facendole seguire da circa 3 settimane dopo l'operazione in poi da cure radioterapiche.

Prof. CLIVIO (*Genova*). — Riassume la sua impressione: cure radioterapiche per i cancri inoperabili; intervento chirurgico e radioterapia postchirurgica per gli operabili. Impossibile concludere per l'abbandono della terapia chirurgica del cancro.

Prof. FERRONI (*Firenze*). — Per la *metrite* vide buoni risultati con la radioterapia, però non sempre persistenti. Non di rado bisognò poi ridursi agli atti operativi demolitori per dominare l'emorragia. Per i *fibromi* le cure radioterapiche meno sicure. Poche volte vide diminuzione di volume del tumore. Per i *carcinomi* mai volle adoperare cure radioterapiche per quelli del corpo. Per quelli del collo operò sempre quando era possibile. Quando l'operazione era inattuabile attuò le cure radiologiche con discreto risultato. Non è d'accordo col Pestalozza per la proposta di detronizzare l'operazione di Wertheim, e ciò specialmente per i cancri iniziali, nei quali tutti videro ottimi risultati. Talore potè vedere attuabile l'operazione dopo le cure radiologiche in casi prima reputati inoperabili. Ha visto però recidive gravi per diffusioni lontante cancerigne in casi nei quali localmente il tumore pareva guarito per le cure radiologiche. Ebbe l'impressione che il *radium* in qualche caso avesse provocato più rapida diffusione neoplastica e vide talora la morte immediata in casi che certo ne erano lontani prima delle cure radiologiche.

Prof. ALFIERI (*Pavia*). — Insiste sulla necessità nelle metriti emorragiche ed anche nei piccoli miomi uterini di non dimenticare anche prima delle cure radioterapiche il raschiamento diagnostico che può mettere in evidenza neoplasie maligne. Esso non potrà però essere attuato nei grossi fibromi, per le irregolarità della cavità uterina. Pensa che radiologo e ginecologo debbono in questo campo lavorare concordi: quegli sotto la sorveglianza di questi.

Prof. MARAGLIANO VITTORIO (*Genova*). — È necessaria la cooperazione fra ginecologi e radiologi, ma reclama l'indipendenza di questi. Le preferenze dei tedeschi sono per la röntgenterapia; quelle dei francesi per la radiumterapia. Ritiene esagerati i risultati riferiti dai tedeschi. Nelle applicazioni röntgen- e radiumterapiche occorre certo prima la diagnosi precisa. I tedeschi sono per le irradiazioni profonde nei tumori, per le dosi massive applicate in una sola seduta e sempre ben dosate.

Riassume la radioterapia dei tumori così: Non conoscendo *a priori* la radiosensibilità dei tumori, è assurdo di ripudiare l'actinoterapia *a priori*. Un intervento radioterapico è giustificato in tutti i casi inoperabili e deve essere sperimentato anche nei casi operabili.

COMUNICAZIONI SCIENTIFICHE INDIVIDUALI
raccolte secondo gli argomenti.

I. — Prof. ALFIERI (*Pavia*). — *La cura chirurgica dei fibromiomi uterini.* — Trae le sue conclusioni da 138 operazioni per fibromi praticate negli istituti da lui diretti negli ultimi dieci anni. Di regola si trattò di isteromiomectomia subtotale addominale riservando la totale solo ai casi di complicazioni flogistiche del collo, o neoplastiche del collo o del corpo non benigne. In qualche caso si aggiunse la *exenteratio mucosae cervicis*. Alcune volte fu praticata la decollazione posteriore secondo Faure, in un caso la decollazione anteriore, altre volte fu attuato il metodo di Kelly. In cinque casi fu possibile la miomectomia. In 51 casi fu possibile l'incisione addominale alla Pfannenstiel per tumori piccoli. Per questi qualche volta fu preferita la via vaginale per la contemporanea cura di prolassi o di lacerazioni perineali. Spesso vide utile l'emisezione ant. dell'utero alla Doyen: in un caso furono combinate le vie vaginale ed addominale (necrosi di grosso tumore). In 14 casi si vide la necessità di operazioni complementari per la cura di ernie, l'asportazione di cisti, l'attuazione di vaginopessi, di vaginectomie parziali, di plastiche vagino-perineali, di entero- e cistorrafia, d'innesto uretero-ureterico, di resezione omentale, ecc.

Espone le particolarità cliniche ed anatomo-patologiche dei casi. Illustra particolarmente i casi di fibromi operati in gravidanza (miomectomia con successivo decorso della gestazione e con parto regolare in due casi).

Nessun caso di morte delle 138 donne operate.

La perfezionata tecnica delle operazioni per fibromi uterini conducendo a risultati così buoni non può non esser tenuta in conto nel giudizio comparativo fra resultati operatorî e resultati delle cure radioterapiche dei fibromi.

II. — Prof. BONI (*Como*). — *Grave emorragia endoperitoneale prodotta da un fibromioma uterino in puerperio.* — L'emorragia si verificò al 3° giorno di puerperio, dette luogo a condizioni gravissime che richiesero l'immediato atto laparotomico, nei quale si vide che l'emorragia proveniva dalla capsula lacerata di un grosso nodo fibroso (700 grammi) sottosieroso. Crede che la grave complicazione si sia iniziata nel travaglio di parto per affermarsi grave al 3° giorno di puerperio.

Discussione sulle due precedenti comunicazioni.

Prof. PESTALOZZA (*Roma*). — Riferisce su una statistica di 769 fibromi operati negli ultimi 10 anni. In 120 casi si potè praticare la sola miomectomia, ed in questi casi nessuno può contestare la immensa superiorità delle cure chirurgiche attuate in confronto alle radiologiche escluse dall'O.

In 45 di questi casi di miomectomia fu possibile ricoprire tutte le ferite chirurgiche con il lembo sieroso tolto dalla piega vescico-uterina, come nel suo metodo di isteropessi pelvica.

La mortalità globale fu del 2,4 %. In 16 casi vi era concomitanza di cancro; alcune volte di tu-

mori ovarici; la necrosi era presente in 32 tumori fibrosi; in 8 casi si aveva contemporanea gravidanza; in 16 sviluppo cavitario; in 19 volume enorme. In complesso certamente 272 casi furono ben a ragione sottratti alla radioterapia, che nei più di essi sarebbe stata dannosa. Nei casi sottoperitoneali ha da tempo attuata la sua tecnica ad enucleazione extraperitoneale del tumore.

Ricorda in ultimo fra i casi di necrosi dei tumori fibrosi da lui osservati condizioni che facevano vedere facile o imminente la minaccia di lacerazioni emorragiche della capsula neoplastica.

Prof. GRISOGONO (*Trieste*). — Riferisce di 73 casi operati da lui per fibroma: 67 interventi addominali di cui 5 miomectomie; 6 casi operati *per vaginam* (spezzettamento per necrosi). Anche egli fa notare come in molti dei suoi casi le cure radioterapiche sarebbero state inattuabili o dannose.

Prof. OLIVA (*Genova*). — Riassume la questione dell'attuabilità delle cure chirurgiche e radioterapiche nei fibromi, riconoscendo anche egli che queste ultime possono in molti casi essere utili, ma in altri controindicate e dannose.

Prof. BARSOTTI (*Lucca*). — Crede che nei fibromi accompagnati da febbre per materiali tossici provenienti dal tumore in necrosi o in suppurazione, o per lesioni annessiali, sia senz'altro da escludere le cure radioterapiche.

Prof. GELLI (*Firenze*). — Ha osservato 2 casi operati per rottura improvvisa della capsula dei tumori fibrosi.

Prof. ALFIERI (*Pavia*). — Osserva che la questione delle cure radiologiche nei fibromi fu discussa giustamente e ne furono messe in rilievo le sicure controindicazioni.

III. — Prof. D'ERCHIA (*Bari*). — *Sul restringimento valvolare congenito del collo dell'utero.* — Fra i 228 casi di stenosi dell'O. uterino I. osservati dall'A., 185 erano di pura stenosi anatomica *in toto* dei tessuti e in 43 casi la stenosi era dovuta a pliche mucose che chiudevano a valvola l'orificio interno, dando luogo a dismenorrea e sterilità. Dette pliche debbono esser distrutte nell'atto operativo (dilatazione e svuotamento commessurale del collo uterino con applicazione di pessario endouterino). Ecco i suoi resultati dei 228 casi operati: 30 donne rimasero gravide ed una di queste a 43 anni, per la prima volta, con parto normale; 127 donne guarirono dei fatti dismenorroici; nelle 71 donne residue o non si ebbe giovamento, o non si ebbero notizie.

Discussione.

Prof. OLIVA (*Genova*). — L'associazione del pessario endouterino allo svuotamento commessurale del collo dà facile complicazione settica. Egli l'ha abbandonata.

Prof. ALFIERI (*Pavia*). — Illustra con preparati microscopici un suo caso di vera formazione valvolare istmica.

Prof. D'ERCHIA (*Bari*). — I fatti settici complicanti di cui ha accennato il prof. Oliva sono dipendenti non dall'operazione praticata nè dal pessario, ma da riacutizzazione di precedenti fatti flogistici annessiali.

IV. — Prof. DECIO (*Firenze*). — *Studi clinici e biologici sulla menopausa.* — Dallo studio clinico e biologico di venti donne prossime alla menopausa o nelle quali questa si era stabilita da poco tempo giunge alle seguenti conclusioni: 1° Esiste in questi casi con frequenza una ipertonia della porzione autonoma del sistema vegetativo; 2° Sembra esista con frequenza una lieve iperfunzionalità tiroidea; 3° Non esiste un'iperadrenalinemia della menopausa; 4° Esiste invece una colesterinemia, che con ogni probabilità deve attribuirsi ad una ipertrofia della corteccia surrenale.

V. — Prof. BRUGNATELLI (*Genova*). — *Rapporti tra funzioni di secrezione interna e struttura cellulare nella sfera genitale.* — L'A. ricordando come la critica moderna tenda ad infirmare le troppo spinte deduzioni da esperimenti fatti con estratti e come occorra distinguere prodotti fisiologici da prodotti al più farmacologici, mette in evidenza alcune particolarità strutturali proprie degli organi della sfera genitale e più specialmente gli elementi interstiziali, che vanno ascritti al gruppo degli istiociti avventiziali; essi non formano singoli organi, sono diffusi in tutto l'organismo e solo in alcune regioni ed in alcuni periodi assumono uno sviluppo particolarmente notevole in relazione a speciali funzioni.

VI. — Dott. RAGUSA (*Roma*). — *Influenza degli idrati di carbonio sulle ghiandole genitali.*

Tale influenza si eserciterebbe come ipertrofizzante in un primo tempo, atrofizzante in un secondo tempo.

VII. — Prof. VIANA (*Verona*). — *Sul preteso aumento di una causa di sterilità nella donna (morbo di Basedow).* — A mo' di conclusione l'A. dice:

1° che nel Veronese non si è riscontrato, durante nè dopo la guerra, un aumento di frequenza del m. di Basedow nè delle sindromi basediformi, che hanno rappresentato solo il 3 % delle pazienti esaminate nell'ambulatorio durante gli anni di guerra;

2° che in 25 casi venuti alla sua osservazione ha notato una varietà notevole di sintomi per quello che riguarda le funzioni genitali, il cui comportamento non è stato tale da confermare l'ipotesi di ipogenitalismo quale concomitanza del m. di Basedow.

Col Braun l'A. richiama l'attenzione sul fallimento della terapia chirurgica nel morbo.

Discussione.

Prof. PESTALOZZA (*Roma*). — Nella sua osservazione figurano 2 casi di fibromi con associazione di sindromi basedoviane che migliorarono dopo l'intervento.

VIII. — Prof. GALL (*Trieste*). — *Terapia operativa del prolasso utero-vaginale.* — La tecnica proposta dall'O. vuole eliminare gli effetti della pressione intraperitoneale sull'escavazione vescico-uterina. Ricorda l'operazione di Bumm che pur insufficientemente tende però a questo scopo (fissazione del collo uterino ai tendini dei muscoli retti). L'O. fissa non solo il collo uterino, ma anche i ligamenti rotondi ai muscoli retti, come nell'operazione di Doleris. Con disegni dimostra la sua operazione (taglio alla Pfannenstiel — preparazione della parte tendinea, presso la sinfisi, dei mm. retti spostando lateralmente i piramidali — apertura della cavità peritoneale — incisione trasversa (3-4 cm.) della piega vescico-uterina, spingendo in basso la vescica e scoprendo il collo uterino, che vien fissato così facilmente con fili seta e 3 suture che portano il collo aderente ai tendini de' mm. retti. In seguito fissazione di 2 anse dei lig. rotondi alla Doleris. L'O. dice che operando così non occorre più la colporrafia anteriore ed è sufficiente la posteriore conperieoplastica.

IX. — Prof. D'ERCHIA (*Bari*). — *Il metodo operatorio di scelta nella cura chirurgica del prolasso completo utero-vaginale.* — Nel giro di 21 anni ha visto solo 3 recidive su 160 casi osservati e curati. Sono morte 2 donne. Fa una disamina dei metodi operatori proposti per via vaginale e per via addominale.

Discussione.

Prof. PESTALOZZA (*Roma*). — L'operazione descritta toglie l'utero dalla sua sede pelvica. La colporrafia anteriore fa sempre ottenere l'elevazione e la stabilità dell'utero e della vescica col metodo proposto dall'O. ed oramai ben noto.

Prof. MICHELI (*Roma*). — Da tempo opera il prolasso utero-vaginale col metodo Pestalozza, non ha osservato recidive. Esso è metodo razionale condotto col criterio che regola ogni operazione per ernia — respingere il viscere erniato nella sua sede normale e ristabilire una barriera di tessuti resistenti atta ad impedire la ricaduta del viscere erniato — così è per il prolasso della vescica e dell'utero cui è legato quello della vagina. Osserva che la fissazione del collo uterino alla maniera proposta dall'O. e la isteropessi alla Doleris contemporanea pare non possano valere sempre alla correzione del cistocele. L'O. ha visto recidivati prolassi utero-vaginali che erano stati curati con fissazione utero-addominale alta, a livello dell'ombelico, come ha visto prolassi vaginali recidivati dopo l'operazione di Baldy, se non era stata preceduta da intervento vaginale.

Prof. FERRONI (*Firenze*). — I metodi vaginali hanno dato in generale buoni risultati e poche recidive: il metodo del Gall potrà dare conseguenze pericolose in caso di successiva gravidanza.

Prof. GRISOGONO (*Trieste*). — Ha operato col metodo Gall con buoni risultati nelle donne in menopausa o vicine ad essa. Ha visto frequente la formazione di un piccolo ematoma fra la fascia ed i muscoli retti. Nelle donne vecchie con prolassi completi fa l'isterectomia.

Prof. ALFIERI (*Pavia*). — Col metodo Pestalozza non ha visto recidive.

Prof. GUZZONI (*Modena*). — Parimente non vide recidive col metodo Pestalozza.

Prof. GALL (*Trieste*). — Recidive furon viste da tutti con tutti i processi operativi, di qui la proposta sempre di nuovi metodi. Assicura che col suo processo si ripara quasi sempre anche al cistocele.

X. — Prof. G. CUZZI (*Roma*). — *I risultati remoti del trattamento operativo della retroflessione uterina col metodo Pestalozza.* — Dimostra buoni tali risultati.

XI. — Prof. PINNA PINTOR (*Torino*). — *Modificazione alla tecnica del raccorciamento endoperitoneale dei legamenti rotondi nella cura della retroversoflessione uterina.* — Ecco la tecnica proposta: Scopertura ed isolamento del lig. rotondo per un suo lungo tratto mediano dalla guaina peritoneale. Suo ripiegamento ad ansa da ciascun lato in modo da formare una duplicatura ligamentosa resa stabile con adatta sutura. In ultimo il legamento così raccorciato per duplicatura è richiuso sottoperitoneale — ottenuta la antiflessione uterina. Ha operato così 25 casi con buon esito. Da 1 anno non vide recidive della retrodeviazione uterina.

XII. — Dott. NAVA (*Pavia*). — *Per l'accorciamento endoperitoneale dei ligamenti rotondi col metodo Alfieri.* — Ricorda la tecnica proposta dal suo maestro (fissazione degli estremi distali dei ligamenti rotondi, sezionati ad opportuna distanza dall'estremo uterino, in tunnel scavati nella parete dell'utero). Fa vedere un ago ricurvo atto al passaggio dei monconi ligamentosi attraverso la carne uterina. Dice dei buoni risultati ottenuti.

XIII. — Dott. SCONTRINO (*Roma*). — *L'etere nelle laparotomie non asettiche.* — Riferisce i casi clinici nei quali con vantaggio fu adoperato questo mezzo di sterilizzazione peritoneale ed il controllo sperimentale da lui praticato per saggiare l'azione dell'etere sull'agar inquinato con vari batteri ed il tempo necessario per la sterilizzazione — per studiare l'azione dell'etere sugli animali opportunamente preparati. Dimostra che la pratica dell'etere nelle laparotomie è utile in generale salvo che nelle gravi sepsi peritoneali; e che in ogni caso è senza danno.

XIV. — D. P. FORNERO (*Modena*). — *Pelvi-teleradiometria e posizione di Walcher.* — Descrive la tecnica adoperata nella teleradiometria ad incidenza diversa: laterale, antero-posteriore e postero-anteriore. Dice che essa ha valore nell'applicazione clinica in quanto si conoscono i risultati ottenuti sul bacino secco; che permette di fare un esame anatomico attento e particolareg-

giato dello stretto superiore e di fissare i diversi punti di *repere* dando modo di misurare così con precisione i diversi suoi diametri — se l'anticatode disti dalla lastra sensibile non meno di 3 metri. Per la posizione di Walcher dice che dai suoi studi risulta la necessità di un esame accurato della mobilità delle articolazioni del bacino.

XV. — Dott. Bovi (*Verona*). — *Di un criterio istologico per la diagnosi differenziale tra mola vescicolare benigna e maligna.* — Sono caratteri di *malignità* accumuli di cellule di Langhans disposte a mosaico in attiva mitosi e con assenza di vacuoli e solo di piccole dimensioni. Sono caratteri di *benignità* la presenza nel campo microscopico di numerose cellule vacuolari.

Discussione.

Prof. Pestalozza (*Roma*). — Ricorda i suoi lavori del 1891 per la differenziazione tra mole benigne e maligne. Non crede possa accettarsi senz'altro la interpretazione di benignità per le forme vacuolari del sincizio — che sono l'espressione del ritorno allo stato embrionale degli elementi cellulari e quindi della predisposizione alla neoplasia. Ricorda a questo riguardo la vacuolizzazione spiccata nel corionepitelioma. Per il resto coviene con l'O.

XVI. — Dott. Perondi (*Firenze*). — *Pelviperitonite acuta di origine annessiale di natura grippale.* — Descrive le particolarità del caso clinico e discute le vie di trasmissione al peritoneo dell'infezione polmonare.

XVII. — Dott. Vercesi (*Genova*). — *Sulla struttura dell'amnios.* — Studia specialmente la distribuzione dei lipoidi nell'epitelio e nel connettivo amniotico. Li trova prevalenti in tutte le fasi della gravidanza, nell'epitelio e perinucleari. Nel connettivo è ricca la granulazione lipoidea, che offre interessanti caratteristiche in rapporto alle fasi della gravidanza. È così affermata la grande attività dell'amnios anche in rapporto alle caratteristiche chimiche, fisico-chimiche e biologiche del liquido amniotico.

Discussione.

Prof. Pestalozza (*Roma*). — Ricorda i suoi studi sull'argomento e dice che i preperati del dottor Vercesi dimostrano bene la partecipazione at tiva dell'epitelio amniotico alla genesi del liquido amniotico.

XVIII. — Dott. Cuzzi Giuseppe (*Roma*). — *Rottura spontanea del fondo dell'utero in gravidaza per invasione destruente dei villi coriali.* — La rottura avvenne al sesto mese di gestazione. Donna nefritica con quadro clinico che presentava i caratteri della sindrome di distacco di placenta normalmente inserita. Si iniziò la liberazione della donna che era in gravissime condizioni per via vaginale — dilatazione dell'utero, estrazione podalica, craniotomia a testa seguente del feto premorto. Fu nel secondamento artificiale che si riconobbe la rottura del fondo. L'intervento laparotomico non valse a salvare la paziente.

L'O. giustifica l'errore di diagnosi nel caso speciale. Scorre con acuta disamina la letteratura sull'argomento. Descrive i reperti microscopici fatti sulla parete uterina rotta che la dimostrano indubbiamente dovuta ad un vero e proprio lavoro di usura dei villi coriali sulla muscolatura uterina. Mette in rilievo nel caso speciale l'importanza che può aver avuta un precedente raschiamento uterino praticato sulla paziente come causa determinante dalla rottura.

XIX. — Prof. Rizzatti (*Modena*). — *Le alterazioni anatomiche degli annessi fetali nel polidramnios.* — Presenta numerosi preparati microscopici a dimostrazione dell'argomento e a conferma della genesi del liquido amniotico dall'epitelio della membrana amnios.

XX. — Prof. Bertino (*Parma*). — *La gravidanza in donna con pneumotorace artificiale.* — Riferisce dei casi clinici e conclude che la questione dell'interruzione della gestazione deve esser posta caso per caso in rapporto all'unilateralità o meno della lesione — alla sua estensione alle condizioni della paziente. È possibile il progresso della gravidanza fino al termine regolare anche nel pneumotorace.

Discussione.

Prof. Alfieri (*Pavia*). — Riferisce casi della Clinica di Pavia nei quali la gravidanza procedè regolarmente con tubercolosi e con ascesso polmonare. Certo l'estensione del processo tubercolare ha importanza nel caso speciale.

Prof. Morelli (*Pavia*). — L'O., professore di Patologia medica nell'Università Pavese — presente — è invitato a prender parte alla discussione di quest'argomento. Dice che giova ritenere acquisito alla nostra conoscenza che è possibile che donne curate col pneumotorace sopportino bene la gravidanza fino al termine. Il problema della possibilità della gravidanza anche in forme gravi di tubercolosi deve esser bene studiato. Negli insuccessi e negli esiti letali si debbono tener in conto le condizioni del miocardio. Bisogna vedere se è possibile ridurre le indicazioni all'interruzione gravidica nella tubercolosi. Per quanto riguarda la gravidanza nel pneumotorace bisogna distinguere la diversa fisionomia dei pneumotoracizzati, bisogna tener presenti i criteri fondamentali per l'attuazione del pneumotorace: la elasticità della pleura, la resistenza del mediastino, ecc.: la uni- o bilateralità della lesione ha pure importanza, come la condizione del respiro, per sè Eventualmente al momento del parto si potrebbe anche vuotare il pneumotorace. È da considerare che il pneumotorace trasforma un polmone tisico in un polmone semplicemente tubercoloso ed in esso la tubercolosi decorre così come in molti altri organi per la cui lesione non sempre si richiede la interruzione della gravidanza. Il problema è degno di studio, a quale sono spinti concordi i medici ed ostetrici.

XXI. — Prof. OLIVA (*Genova*). — *Taglio cesareo transperitoneale in donna infetta già operata di taglio cesareo classico.* — All'operazione l'O. aggiunse la marsupializzazione della breccia cesarea nella ferita addominale. Il feto fu vivo, la donna guarita. Discute l'O. le indicazioni operative.

XXII. — Dott. RAGUSA (*Roma*). — *Protezione del guanto attraverso la vagina nel secondamento artificiale.* — Trattasi di un guanto ostetrico il cui manichetto giunge disteso fino al gomito. La parte del guanto destinata all'avambraccio viene però arrovesciata verso la mano, che, naturalmente ricoperta dal guanto, ne raccoglie l'estremo con le dita ed in tale atteggiamento, ricoperta cioè dal guanto due volte, dalla parte di esso destinata alla mano e da quella destinata all'avambraccio, come si è detto arrovesciata, è introdotta in vagina per il secondamento artificiale. Quando è giunta alla bocca uterina si libera dal manichetto del guanto che è tratto dall'altra mano fino al gomito, e ricoperta dalla sola parte del guanto ad essa destinata entra in utero per il secondamento. L'O. afferma che così la mano inguantata entra in utero non inquinata dalla vagina, anche nei casi di sepsi.

Discussione.

Prof. MICHELI (*Roma*). — Il tentativo dell'O. è lodevole, già altra volta esso fu proposto nella stessa Clinica di Roma e rimase insoluto. Non è forse risoluto neppure ora non ostante l'ingegnosa proposta del dott. Ragusa. Non si saprebbe dire a qual punto del canale da parto abbia termine l'inquinamento vaginale, nè in tutti i casi linquinamento è limitato alla vagina, come non pare sicuro che l'estremo delle dita possa restare sterile nel disimpegnarsi dal manichetto del guanto.

Fortunatamente la prognosi del secondamento artificiale negli ultimi anni è andata migliorando con la semplicizzazione dei metodi di asepsi. Una mano ricoperta da guanto bollito e bagnato di alcool jodato basta a neutralizzare la flora batterica vaginale ed uterina e ad ottenere puerperi regolari anche dopo il secondamento artificiale. Nei casi gravi una jodizzazione dell'endometrio con grosso tampone subito dopo il secondamento vale ad assicurare il successo. Ha scorso le cartelle degli ultimi venti secondamenti artificiali nella sua maternità, tutti seguiti da puerperio normale.

Dott. RAGUSA. — Crede nei casi gravi di sepsi utili il guanto e la tecnica da lui proposta.

XXIII. — Dott. PICCININI P. (*Milano*). — *Forme di somministrazione del Viscum album come ipotensivo.* — Dopo avere scorso la storia dell'argomento dice non sicura la somministrazione dell'*estratto fluido* per via gastrica, nè quella della via ipodermica — il primo non conservabile — il secondo non sterilizzabile. Preferisce la forma dell'estratto secco del rimedio ipotensivo.

XXIV. — Dott. PICCININI P. (*Milano*). — *Concetti farmacologici in rapporto alle applicazioni terapeutiche salso-jodiche.* — Le considerazioni dell'O. riguardano l'azione terapeutica dell'acqua salso-bromo-jodica lontano dalla fonte, ed egli la dice uguale a quella alla fonte, e questa conclusione mantiene per le acque madri e per i sali.

Discussione.

Prof. ALFIERI (*Pavia*). — Richiama l'attenzione sui vantaggi che si potrebbero avere dall'uso delle acque madri delle saline. Egli ebbe buoni risultati da quelle di Cagliari.

XXV. — Dott. ZANCHI (*Cava Manara*). — *L'olio di ricino in ostetricia e ginecologia.* — L'O. ne combatte l'uso perchè lo crede dannoso, capace di dare tenesmo, iperemia emorroidaria ed indirettamente uterina: dunque emorragie facili emorroidarie ed uterine.

XXVI. — Dott. ZANCHI (*Cava Manara*). — *Sulla cura dell'aborto abituale.* — L'O. dice che vi sono delle cause di tale aborto che sfuggono alle comuni e note. Allora egli ha trovato utile per la cura l'uso del clorato potassico associato a joduro di sodio sciolti in glicerina e somministrati a cucchiai, uno al giorno. Riferisce casi clinici comprovanti.

XXVII. — Prof. RIZZATTI (*Modena*). — *Nuovo metodo di respirazione artificiale del neonato.* — Consiste nell'ottenere che durante la respirazione alla Schultze la gola del neonato resti aperta, mediante spinta in avanti della mandibola per opera delle mani che sorreggono il bambino.

XXVIII. — Dott. CALCATERRA (*Pavia*). — *Contributo clinico all'uso della partoanalgia Canton in travaglio.* — Su 13 partorienti primipare e pluripare ha sperimentato il rimedio e l'ha visto non tossico per la madre, ma sì per il feto, nel quale l'azione sul respiro può dar la morte, come in un suo caso. Il rimedio però è veramente analgesico — non influenza sensibilmente il travaglio sebbene diminuisca un poco il premito addominale, questo con vantaggio del perineo che si lacera meno — non influisce sul secondamento, sull'involuzione uterina, sull'allattamento. L'O. consiglia di mantenere il rimedio in mani dell'ostetrico solamente adoperato alla dose iniziale di un centimetro cubico nei casi a travaglio energico, normale, progredito, sì che sia facile intervenire per aver in tutti i casi salvo il feto.

Discussione.

Prof. RIZZATTI (*Modena*). — Il rimedio sopprimendo il dolore sopprime l'attenzione della partoriente alla contrazione con influenza dannosa sull'assistenza e decorso del parto. Per i danni della morfina crede sconsigliabili ulteriori prove.

Dott. CUZZI (*Roma*). — Negli esperimenti fatti dall'O. non si ebbero inconvenienti, non si ebbe sofferenza fetale — crede che il caso di morte fetale deplorato dal dott. Cattaneo possa esser in rapporto ad alterazione dell'analgesico.

Prof. PESTALOZZA (*Roma*). — Crede basti un caso di morte fetale, quello riferito dal dott. Cattaneo, per suggerire la maggiore prudenza nell'uso di questi analgesici del parto.

Prof. GALL (*Trieste*). — Ricorda i risultati del Gaus per tale analgesico. La mortalità fetale raggiunse il tre per cento e sconsigliò l'uso del rimedio alla Maternità di Trieste.

Dott. CATTANEO. — Nell'analgesico sono morfina ed ipofisina e molti credono che la morfina perda a lato all'ipofisina la sua tossicità. Ciò però non è dimostrato.

XXIX. — Dott. CALCATERRA (*Pavia*). — *Glicuronuria spontanea e sperimentale in gravidanza.* — *Conclusioni.* — L'eliminazione dell'acido glicuronico è maggiore della norma nel 3° trimestre della gravidanza. Con la somministrazione per bocca di 1 grammo di canfora si ottiene un'intensa glicuronuria in gestazione e fuori, che nelle gravide è in rapporto colla tossicosi intestinale, gravidica. Minor aumento di glicuronuria sperimentale si ha nella gravidanza a termine, forse in rapporto con i diminuiti poteri antitossici del fegato.

XXX. — Prof. BOLAFFIO (*Roma*). — *Contributo al problema della determinazione del sesso.* — Seguendo concetti e ricerche di altri autori, mette in rapporto la determinazione del sesso con la maturità dell'ovo. L'ipermaturità di questo indurrebbe il sesso maschile; l'epoca quindi del concepimento in rapporto al periodo mestruale avrebbe valore nella determinazione del sesso. L'O. ha fatto le sue ricerche su donne dei militari tornati in brevissimo congedo durante la guerra, sulle quali il giorno del concepimento poteva esser stabilito con grande probabilità. Ha visto così confermate le risultanze degli autori tedeschi. Con proiezioni di grafiche dimostra le sue conclusioni.

Nel Congresso furono commemorati i Soci morti: Bossi (Genova), Calderini (Bologna), Falaschi (Siena), Poso (Napoli), Roster (Firenze), Sapelli (Genova).

Fu stabilita la città di Trieste sede del XXI Congresso della Società (settembre 1921). Per questo Congresso furono stabiliti i seguenti relatori e temi di relazione:

Prof. Bertino (Parma): *Pielite in gravidanza;*
Prof. Pestalozza (Roma): *Tubercolosi genitale femminile.*

Fu eletta la nuova Presidenza della Società: *Presidente*: Prof. Sen. Mangiagalli; *Vice Presidenti*: prof. Guzzoni degli Ancarani e prof. Pestalozza; *Segretario*: prof. Micheli; *Cassiere*: prof. Rocchi.

C. M.

III Congresso della Società Italiana di Radiologia medica.

Dal 28 al 30 ottobre si è tenuto in Roma, nell'Istituto di Elettroterapia e Radiologia al Policlinico, il III Congresso Nazionale di Radiologia medica. Esso è riuscito una splendida affermazione non solo della scienza radiologica che in pochi anni in Italia ha trovato apostoli ferventi e ricercatori felici; ha inoltre dimostrato, nell'esposizione annessa al Congresso, che l'industria italiana in pochi anni è in grado di tener fronte a tutte le estere più perfezionate, sia in materia di apparecchi, che di ampolle e di accessori per radiografia e radioterapia. È questo tanto più sorprendente in quanto l'industria italiana usciva da una crisi che aveva fatto temere che essa sarebbe stata annichilita.

La splendida riuscita del Congresso si deve all'organizzazione sapiente e tenace del prof. F. Ghilarducci, che nel suo discorso d'inaugurazione ha saputo difendere in una forma vivace i diritti della radiologia.

Dei temi svolti come ottima esposizione sintetica e critica dobbiamo essere grati al prof. M. Bertolotti di una conferenza «*Sulla radioattività nella biologia e nella clinica*», su cui non mi dilungo, dovendo essere pubblicata in un largo sunto in altra parte del giornale.

Il Perussia, nella sua relazione sull'«*Indagine radiologica del cuore e dei grossi vasi*», ha portato il suo contributo di clinico oltre che di radiologo al valore che dobbiamo dare all'indagine radiologica del cuore e dei grossi vasi. Lungi quindi da lui tutte le esagerazioni delle scuole tedesca e francese, che basano la diagnosi radiologica delle malattie cardiache su misurazioni millimetriche irrazionali. La diagnosi delle cardiopatie deve risultare al radiologo sperimentato dalla visione plastica che si ottiene dallo studio dell'ombra cardiaca nelle sue varie proiezioni. Però questa, anche nelle forme più tipiche, quali quelle determinate dalla stenosi mitralica e dall'insufficienza aortica, non deve essere disgiunta dall'indagine clinica. Contributo originale è quello sull'indagine radiologica nei vizi congeniti di cuore. Passa poi in rassegna i criteri radiologici per la diagnosi della pericardite e le difficoltà che talora s'incontrano nella diagnosi differenziale colle dilatazioni di cuore. Infine, dopo una lucida esposizione della sintomatologia, radiologica degli aneurismi dell'aorta, ne tratteggia i criteri differenziali coi tumori del mediastino, facendone rilevare le difficoltà con una ricca dimostrazione di proiezioni.

Il Ponzio di Torino ha esposto in forma particolareggiata i risultati della sua ricchessima esperienza in fatto di radioterapia in una bellissima relazione sulla «*Radioterapia del cancro*». Dopo una rapida esposizione dei principî della radioterapia in genere e dei progressi nella tecnica che in questi ultimi anni si sono verificati, passa alla disamina critica dei risultati ottenuti. Il campo dove la radioterapia ha mietuto il massimo numero dei successi è stato quello del cancro del-

l'utero e quello cutaneo; però anche qui esistono forme ribelli, e quanto più si seguono i malati trattati per lungo tempo, tanto più si assottiglia il numero delle guarigioni definitive. Dove però la radioterapia non conta, si può dire, nessun risultato, è nelle forme di epitelioma dell'apparecchio digerente. I sarcomi reagiscono in maniera diversa alla radioterapia; e accanto a successi veramente sorprendenti, si hanno casi refrattari alla cura. Nel cancro della mammella la radioterapia dà risultati inferiori all'intervento chirurgico, resta però a lei un vasto campo di esplicazione nella terapia post-operatoria. Fino ad oggi si può ritenere che se la radioterapia per sè non ha nella massima parte dei casi risoluto il problema della terapia del cancro, la sua associazione colla exeresi è metodo che nella massima parte dei casi è indicato. La radioterapia però è ancora bambina; è come la chirurgia dell'epoca prelisteriana: essa lascia adito alle migliori speranze.

Alla relazione del Ponzio è seguita una serena discussione illuminata anche dalla parola del professor Pestalozza, che ha portato il risultato della sua ricca esperienza in fatto di terapia operatoria e di mesotorioterapia nel campo della ginecologia.

Il Congresso è stato vivificato da un numero notevole di comunicazioni del massimo interesse, di cui una che ha ricevuto universale plauso del Busi di Bologna sulla rappresentazione radiografica della valvola ileo-cecale, che getta uno sprazzo di luce sull'anatomia normale e sulla fisiologia di questa porzione dell'apparecchio digerente, che si promette feconda di risultati pratici.

Sarebbe troppo lungo entrare nell'enumerazione delle comunicazioni che più si sono distinte. Da questo Congresso però risulta che la radiologia italiana è sulla via delle ricerche serene e originali che le daranno un'impronta particolare e feconda di risultati. S.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Il XIV Congresso Nazionale dell'Associazione Nazionale Medici Condotti

si tiene a Napoli dal 20 al 23 corrente.

Del Comitato di onore fanno parte i deputati e senatori medici residenti a Napoli, il Presidente dell'Ordine dei Medici, il Medico provinciale, il Direttore dell'Ufficio d'Igiene e il Preside della Facoltà Medica.

L'Ordine dei lavori, pubblicato dalla Presidenza dell'Associazione, comprende:

Riforma dello Statuto sociale (Mattioli-Bertacchini).

Rivendicazioni della Classe presso i Comuni.

Riforma della Cassa di Previdenza pei Sanitari.

Assicurazioni sociali (Martinelli - Fatichi).

Limitazione delle ore di lavoro (Biscioni).

Cassa di Mutuo soccorso (Ceramicola).

Inscrizione alla Confederazione Generale del Lavoro (Ricci).

Confederazione del Lavoro Intellettuale e Confederazione Generale del Lavoro (D. Catucci - E. Luraschi).

Mezzi di lotta: sciopero o dimissioni collettive? (N. La Placa - E. Luraschi).

Proposta di *referendum* per l'azione diretta (E. Simonini).

Modifiche alla Legge e al Regolamento sanitario «Medico in condotta stabile» (N. La Placa).

Abolizione di reparti sanitari in relazione a miglioramenti economici (A. Abbruzzetti).

Riforma dell'attuale procedura nei concorsi (A. Abbruzzetti).

Ufficio stampa e riforma del Bollettino (D. Gandolfi).

L'abitazione pel medico condotto (Federazione Lucchese).

Ribasso ferroviario (come ai maestri elementari) con libretto di riconoscimento (R. Trua).

Provvedimenti circa le tariffe giudiziarie (R. Trua).

Questioni igieniche (C. Ricci da Bosco Mesola).

Assistenza statale e malaria di guerra nei rapporti coi Medici condotti (A. Abbruzzetti).

Convegno di Medici ospedalieri a Roma.

In occasione del V Congresso Federale degli Ordini dei Medici, convocato in Roma per i giorni 25, 26, 27 novembre, si terrà per iniziativa della presidenza dell'Associazione Nazionale Medici Ospedalieri un Convegno per trattare della ripresa di attività dell'Associazione e per delineare l'atteggiamento della classe sanitaria ospedaliera di fronte ai maggiori problemi di assistenza e di cultura sanitaria del momento.

A questo scopo la Presidenza dell'Associazione ha preparato due relazioni sui seguenti argomenti:

Assetto e funzione degli ospedali italiani in regime di assicurazione malattie (relatore Sforza, Roma).

Compito e funzione degli ospedali italiani nella educazione professionale del medico (relatore Baccarani, Ancona).

Laurea in Medicina ed Esame di Stato.

L'Ordine dei Medici della Provincia di Torino, fra altri temi da trattarsi al prossimo Congresso Federale, propone quello che si riferisce all'Esame di Stato, nell'intendimento di obbligare i professori ad insegnare e gli studenti a studiare, per togliere lo sconcio di Università troppo facili ad accordare promozioni e laurea e per stabilire un mezzo, uguale per tutti, atto a dare una precisa indicazione del valore di ciascun candidato, a qualunque Università appartenga.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8517) *Indennità caro-viveri.* — Dott. G. S. C. da G. — L'articolo 1° del D. L. del 9 marzo 1919 N. 338 subordina la concezione della indennità caro-viveri a due sole condizioni e, cioè, che si copra un posto previsto nella pianta organica debitamente approvata e che tale posto sia privo di titolare. Non fa il detto articolo parola delle modalità del pagamento dello stipendio, che può perciò essere corrisposto a mese compiuto od anche a giorno. In qualsivoglia modo esso sia pagato, l'indennità è sempre dovuta. A lei, pertanto, compete la indennità caro-viveri a decorrere dal 1° gennaio 1919 giacchè essa, come è tassativamente indicato nello articolo 1° del precitato decreto, è obbligatoria e non, come Ella crede, facoltativa pei Comuni. Il Comune non avrebbe potuto rifiutarsi al pagamento così come non avrebbe potuto fissare una decorrenza diversa. La via giudiziaria da intraprendere è quella di citare il Comune dinanzi al Pretore.

La tassa per il collegio di Perugia si paga da tutti, anche da coloro che sono ricompensati a giorno. Il pagamento di essa non compete mai al Comune.

(8518) *Incompatibilità.* — Dott. abbonato 6609. — Il figlio del Sindaco può essere nominato medico-condotto. Quando si tratterà della sua nomina, il padre si asterrà dal presiedere la seduta e dallo intervenirvi, o, intervenendo, dal votare, giusta quanto prescrive l'articolo 290 della legge comunale.

(8519) *Medico condotto - Ufficiale sanitario.* — Dott. P. Z. da R. — Il medico condotto non può essere ufficiale sanitario effettivo ma semplicemente provvisorio come tassativamente prescrive l'articolo 18 della vigente legge sanitaria. Ricorra al Prefetto della Provincia, invocando che si elimini l'inconveniente essendovi nel Comune un libero esercente che ben potrebbe assumere la carica.

(8520) *Modificazione di organico - Soppressione di condotta.* — Dott. G. C. da T. O. — Il Consiglio comunale poteva sempre modificare l'organico delle condotte e, per conseguenza, accrescere o diminuire il numero di esse, sottoponendo il relativo deliberato allo esame ed alla approvazione delle autorità competenti. Ella, come interino, non può mai aspirare alla titolarità della condotta senza sostenere il relativo concorso.

Doctor JUSTITIA.

Servizio medico-militare. — All'abb. n. 6344:

Agli ufficiali medici addetti a lazzaretti ufficialmente riconosciuti è corrisposta una speciale indennità. Nel caso suo si rivolga per avere detta indennità al Ministero delle Colonie.

Al dott. D. E. da A.:

No: sono allo studio le modalità con cui possa addivenirsi al congedamento degli Ufficiali medici della classe 1896, quando sia ultimato il congedamento della classe precedente.

M. G.

CONDOTTE E CONCORSI.

ALESSANDRIA. — Condotta suburbana; L. 5000 pei poveri e sei bienni del 4 % fino a L. 6200, lorde, compresa indennità caro-viveri; L. 55 mensili di indennità complementare; L. 300 per supplenze; L. 1500 per la cavalc. (o L. 800 per la motocicletta, o L. 400 per la bicicletta). Scad. 10 dic. Servizio entro 15 giorni.

BROZZI (*Firenze*). — Prima condotta, residenziale; L. 7100 e otto trienni del decimo; caro-viveri; L. 2000 per cavalc. obbligatoria. Scad. ore 17 del 5 dicembre. Servizio entro 20 giorni.

BRUSSON (*Torino*). — Condotta del Consorzio Ayas, Brusson e Challant St-Anselme; kmq. 207.95 dei quali 89.95 circa in collina e 118 circa in montagna; ab. 4755. Stipendio iniziale, con diritto agli aumenti del decimo, di complessive L. 8000, oltre l'indennità caro-viveri. Scad. 10 dicembre. Servizio entro due mesi dalla nomina regolare.

GENOVA. — *Istituto di Clinica Medica della Regia Università.* — È aperto il concorso per il corrente anno 1920-21 a 4 posti di Assistenti volontari e a 2 posti di Aiuto volontario nell'Istituto di Clinica Medica della R. Università di Genova, diretta dal prof. sen. E. Maragliano. Inviare domanda in carta semplice unitamente al *curriculum* alla Direzione dell'Istituto non oltre il 30 novembre 1920.

LUGO (*Ravenna*). — Due condotte pei poveri, al 30 novembre; L. 7500 lorde, dieci bienni del ventesimo, doppia indennità caro-viveri; L. 2000 per cavalcatura. Età limite 39 anni. Servizio entro un mese dalla notificaz., salvo gravi ragioni di famiglia o di malattia.

SAN MAURO MARCHESATO (*Catanzaro*). — Condotta soli poveri; L. 4000 lorde; popolazione riunita 2000; famiglie povere circa 50; abbienti circa 350. Scad. 30 novembre. Per schiarimenti rivolgersi Ufficio comunale.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

ORDINE DELLA CORONA D'ITALIA.

Commendatore: Lazzè dott. Tullio, Roma.
Ufficiale: Feletti prof. Raimondo, Catania.
Cavalieri: Strignano dott. Giuseppe, Ospedaletto d'Alpinolo (Avellino); Bianchini prof. Severo, Lucca.

Il cav. dott. Giovanni Perilli, Maggiore Medico in aspettativa, è stato nominato, a Denver (S. U. d'A.), Presidente del «Circolo Italiano» Italy America Society, Presidente del Comitato della Dante Alighieri e dell'Istituto per la propaganda della cultura italiana, e Fiduciario della Lega Navale Italiana. Il dott. Perilli è stato recentemente eletto a pieni voti membro della «Medical Society of the City and County of Denver, Colorado» e dell'«American Medical Association».

Alla Biblioteca della Società Medica, fornita di ben 210 riviste, il dott. Perilli offre «Il Policlinico», il «Giornale di Medicina Militare», l'«Igiene e Vita» e «La Medicina Italiana».

Sui giornali locali conduce un'attiva propaganda d'italianità.

NOTIZIE DIVERSE.

Per un Istituto d'igiene sociale.

In occasione del Congresso di Medicina interna, il prof. comm. Ettore Levi, vice-presidente dell'Opera Nazionale per gl'Invalidi di guerra, ha tenuto nell'aula della Clinica medica di Roma una conferenza, in cui ha annunziato la creazione di un Istituto d'igiene sociale e ne ha illustrato il programma. Per ora questo si concentra in due capisaldi: propaganda igienica e studi statistico-sanitari, i quali renderanno necessaria la creazione di una biblioteca.

Alla conferenza assistevano S. E. Vincenzo Bianchi, i senatori Durante, Fano, Ciraolo e molte altre spiccate personalità.

Congresso Interalleato di Talassoterapia ed Esposizione d'Igiene a Monaco.

Nel corr. novembre viene inaugurata una *Esposizione di Climatologia e d'Igiene* a Monaco, alla quale l'Italia parteciperà ufficialmente, cooperando all'organizzazione scientifica e igienica dei luoghi di cura e di soggiorno delle nazioni alleate.

L'esposizione è la continuazione del Congresso Interalleato (tenuto nella primavera del corrente anno, dal 15 al 24 aprile), le cui sezioni erano costituite dall'*Idrologia; Città d'Acque; Igiene e Climatologia; Talassoterapia.*

Il *Congresso di Talassoterapia* fu presieduto dal senatore Maragliano, e vi presero parte spiccate personalità delle nazioni alleate: il senatore professor Sanarelli, il prof. Luigi Devoto, in rappresentanza della Società Italiana di Climatologia; il generale medico Rho, il prof. Bardet, il dottor Giorgio Baudouin, segretario generale dell'Associazione di Talassoterapia; il prof. Massini Luigi Carlo, segretario del Comitato italiano; il professor Dario Maragliano, il prof. V. Carpi, il commendator Oro per il Gr. Uff. L. V. Bertarelli, direttore generale del *Touring Club Italiano;* il prof. Bardet, il dott. cav. Attilio Gerelli, segretario generale del T. C. I.; il prof. Sabatini, il dott. Cuomo, il dott. Andreoni, ecc.

L'esposizione di Monaco che viene ora inaugurata ha un padiglione e una sezione destinati all'Italia, organizzati dal *Touring Club Italiano.* Coloro che desiderano informazioni per visitare l'esposizione, si rivolgano alla sede del *Touring Club* in Milano, Corso Italia, n. 10.

Nella stampa medica.

La Lega delle Società delle Croci Rosse ha pubblicato il primo fascicolo di un periodico intitolato «Rivista Internazionale di Sanità Pubblica», in quattro lingue (inglese, francese, spagnolo e italiano). La direzione è affidata al dott. Thomas Brown.

La *Rivista* ospiterà articoli originali su argomenti scientifici e pratici, riviste critiche su argomenti di attualità, estratti di articoli importanti, statistiche e documenti demografici sulle condizioni sanitarie in tutti i Paesi; terrà inoltre i lettori al corrente dell'attività medica della Lega e del suo programma scientifico.

«Noi non crediamo — dice la redazione — che un compito così vasto sia stato mai assunto da alcuna rivista scientifica e speriamo che i vantaggi evidenti d'una tale pubblicazione giustificheranno le enormi spese e il grande lavoro di traduzione che esso comporta».

Grazie alla diffusione in tutto il mondo, la *Rivista* è destinata a divenire un organo autorevole per la diffusione delle conoscenze nel vasto dominio della salute pubblica e della medicina preventiva, la cui importanza diventa ogni giorno maggiore, e che pare darci le migliori speranze per il benessere dell'umanità.

La *Rivista* sarà molto apprezzata da tutti gli studiosi che si interessano ai problemi della sanità pubblica, della medicina e dell'igiene sociale. Si pubblica bimestralmente; la quota annua per l'Italia importa L. 25. Per abbonarsi rivolgersi all'Ufficio Stampa per l'Italia (Piazza del Popolo, 18 - Roma).

Alla Società Italiana di Pediatria.

Al Congresso della Società, adunatosi recentemente a Trieste, venne eletto presidente il professor Comba (Firenze), ed a far parte del Consiglio direttivo furono chiamati i proff. Cesare Cattaneo (Bologna) e Olimpo Cozzolino (Genova).

Il prossimo Congresso è indetto a Milano.

Inaugurazione di anno accademico.

L'inaugurazione dell'anno accademico all'Università di Pavia è stata fatta il 10 nov. dal prof. Adriano Valenti, che ha svolto il tema «Per le vie dell'ascensione umana».

Il prof. Giordano.

Il prof. Davide Giordano, primario chirurgo dell'Ospedale Civile di Venezia, riuscito capolista del blocco nelle elezioni amministrative, venne nominato sindaco di Venezia.

Tale nomina viene accolta dalla cittadinanza, ma specialmente dalla classe medica veneziana, con grande soddisfazione e compiacimento.

In onore di Martius.

In occasione del 70° compleanno del clinico medico di Rostock, allievi, ammiratori ed amici gli hanno tributato, il 7 settembre u. s., cordiali onoranze.

Insegnamento della Policlinica Medica all'Università di Napoli.

In seguito a voto unanime della Facoltà di Napoli e parere favorevole del Consiglio Superiore, il prof. Giuseppe Zagari, titolare della Cattedra di Clinica Medica Generale della R. Università di Modena, è stato destinato ad insegnare Policlinica Medica nella R. Università di Napoli. Rallegramenti.

Esami per assistenti farmacisti.

Con decreto Reale in data 1° settembre scorso è stata indetta una nuova sessione di esami per gli Assistenti farmacisti, già muniti di patentino

prima dell'entrata in vigore della legge 22 maggio 1913, n. 468, i quali aspirino a conseguire il certificato di abilitazione a sostituire il titolare a termini dell'art. 31 della legge stessa.

Le pietose condizioni dei bimbi tedeschi.

Il giornale *Rothe Fahne* pubblica una statistica sulle condizioni dei bambini in Germania.

Il Comitato centrale della Federazione tedesca tra le Società della Croce Rossa ha constatato che a Berlino vi sono ventinovemila bambini tubercolotici, settantasettemila malati o sofferenti in modo grave per insufficiente nutrizione e centoventimila mal nutriti.

In quarantatrè grandi città della Germania, oltre duecentomila bambini sono tubercolotici e più di ottocentomila malati molto gravemente per mancanza di nutrizione. Secondo i dati forniti dalla Commissione americana per l'assistenza ai bambini, duecentomila bambini deperiscono nelle scuole comunali di Berlino.

In memoria del prof. Grocco

Ai Bagni di Montecatini è stata scoperta una lapide a ricordo del prof. sen. Grocco, il clinico che consacrò non poca parte della propria attività a quella stazione termale. Era presente un denso pubblico; parlarono il sindaco, il senatore prof. Queirolo, il prof. Burci, il prof. Petrocchi, il prof. Lotti.

Il 22 ottobre è morto a Vienna il prof. ANTONIO WEICHSELBAUM. Dal 1885 al 1892 insegnò istologia patologica e bacteriologia presso quella Università; dal 1893 al 1916 anatomia patologica.

La sua attività scientifica fu molteplice, ma rimane specialmente legata alla scoperta del meningococco (già veduto da Marchiafava e Celli).

Lascia varie trattazioni: una di istologia patologica, una di parassitologia, una (apprezzatissima) di epidemiologia. È stato un cultore appassionato della medicina sociale. Ha avuto una parte eminente nella lotta contro la tubercolosi in Austria. Lascia un grato ricordo quale insegnante e quale uomo d'azione. B.

È morto a Bologna il prof. GIOVANNI CALDERINI, che fino al 1916 aveva diretto la Clinica ostetrico-ginecologica di quella Università.

Era nato a Varallo Sesia, in Piemonte, 79 anni or sono. Laureatosi a Torino, vi fu assistente alla clinica ostetrica del Tibone dal 1867 al 1869; poi fu settore di anatomia. Nel 1870 fece la campagna di Francia con la Croce Rossa piemontese. Nel 1872 gli venne affidato l'incarico della clinica ostetrica a Parma, dove poi passò straordinario e ordinario; nel 1894 fu trasferito a Bologna e vi rimase per 26 anni, dedicandosi tutto all'insegnamento.

Appassionato studioso, fine clinico, abile operatore, uomo di cuore, lascia lavori pregevolissimi. Aveva fondato un modesto periodico, «Lucina», per le levatrici, e vi consegnava lavori suoi e della scuola. Ha educato molti allievi, nella sua lunga e tranquilla carriera. L.

Si è spento a Ferrara il dott. LUCIO BADIA, ufficiale sanitario di quel Comune, per meningo-encefalite conseguente a caduta dalla bicicletta.

Egli lascia un profondo vuoto in questo Ufficio e fra i Colleghi tutti della città e Provincia, come vivissimo ne è il rimpianto.

A. N.

Il fascicolo 11 (1° novembre) della nostra SEZIONE MEDICA contiene:

TOMMASO PONTANO: **Intraderma e sottocutaneoreazione con liquido cistico nelle echinococcosi umane.**

LODOVICO DATTA: **Emoglobinuria parossistica da freddo e sua terapia.**

ANTONIO GASBARRINI: **Esperimenti di vaccinoterapia per via respiratoria.**

FRANCESO CURATOLO: **Sulle sostanze dell'urina che spiegano azioni di vitamine.**

Il fascicolo 11 (15 novembre) della nostra SEZIONE CHIRURGICA contiene:

E. BORELLI: **Ernie inguino-superficiali e diverticoli del sacco.**

L. NEGRI: **Elioterapia e tubercolosi chirurgiche.**

A. PENNISI: **Uretero-cistostomia per fistola ureterovaginale. Esito definitivo.**

G. PINARDI: **Contributo allo studio dell'occlusione intestinale da calcolo biliare.**

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1920 - Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, ed. resp.

Anno XXVII Roma, 29 Novembre 1920 Fasc. 48

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

OSPEDALE INFERMI - ASTI.

Alcaptonuria famigliare.

Dott. ETTORE DEBENEDETTI.

Lo studio clinico e fisiopatologico dell'alcaptonuria è stato tanto bene approfondito che non molta luce si può oramai sperare di portare sull'argomento. Penso però che non sia inutile contribuire alla casistica della malattia, casistica tuttora non abbondante, perchè dallo studio della famiglia che ho osservato qualche particolarità interessante è risultata. Dico subito che non mi diffonderò in una rivista di letteratura: in opere speciali (1) si può trovare esaurientemente trattata la malattia nella sintomatologia, fisiopatologia, anatomia patologica. I nomi di Boedeker, che primo descrisse e battezzò l'interessante anomalia del ricambio, di Baumann e Wolkow, che individuarono il componente insolito dell'urina scoprendone anche l'origine, di H. Embden, Mittelbach, Garrod, Langstein e Meyer, Falta, E. Fischer, Abderhalden e collaboratori, Neubauer e Flatow, Gross e Allard e di parecchi altri sono legati alle ricerche che dimostrarono consistere l'alcaptonuria nell'eliminazione di acido omogentisinico, prodotto normale del ricambio intermedio dei due aminoacidi aromatici, tirosina e 1-fenilalanina, che l'alcaptonurico non sa più oltre scindere.

Per quanto riguarda la sintomatologia, è noto che al più vistoso segno, l'annerimento delle urine esposte all'aria ed alla luce od alcalinizzate, col particolare delle macchie nere lasciate sulla biancheria, se ne sono oramai definitivamente aggiunti due altri: l'ocronosi e l'artrite deformante. L'ocronosi, la colorazione nera delle cartilagini per opera di un pigmento privo di ferro, probabilmente analogo alla melanina, nota da Virchow in poi, che la rilevò in un cadavere, è stata in seguito spesso constatata in vivo là dove le cartilagini sono coperte da tegumento sottile: orecchio e naso; sfumature bluastre sono state viste anche alle guancie, al letto ungueale: anche il grasso delle ghiandole sebacee può essere nerastro: così alle ascelle, così all'orecchio (cerume). La pertinenza dell'ocronosi al quadro dell'alcaptonuria, non ancora da tutti riconosciuta, è stata dimostrata da Gross e Allard sperimentalmente: cartilagini immerse in soluzioni deboli di acido omogentisinico si colorano in nero, mentre il liquido rimane incolore. L'artrite deformante, la cui frequenza risulta naturalmente dalle statistiche, sarebbe in diretta dipendenza dall'impregnazione delle cartilagini col pigmento.

È ovvio pensare che, ammessa l'origine che ho detto, l'artrite deformante e l'ocronosi si presentino dopo lunghi anni di azione dell'acido omogentisinico. Un altro sintomo non venne da tutti riscontrato: la disuria, che in

alcuni casi ha accompagnato la malattia e che sarebbe dovuta all'irritazione della mucosa delle vie urinarie per opera dell'acido omogentisinico: Embden ha provocato in sè stesso il sintomo ingerendo una forte quantità di quest'acido. È la malattia congenita? In parecchi casi si dimostrò che così era: in altri mancarono dati precisi (il paziente stesso può ignorare la malattia, non sempre producendosi spontaneamente l'annerimento delle urine o delle macchie sulla biancheria): in altri ancora parve che l'alcaptonuria fosse transitoria, e sempre vengono citati i casi di alcaptonuria temporanea di Geyger in diabetico, di Hirsch in bambino con gastroenterite, di v. Moraczewski in tubercolotico moribondo e i due di Zimnicki. Sulla questione torna recentemente G. Katsch (2), che dice doversi vagliare bene i casi di alcaptonuria transitoria: egli stesso ne comunica uno molto probabile. Non ostante gli studi minutamente condotti non si è potuto ancora indicare con precisione dove l'organismo manchi nella funzione di scomporre l'acido omogentisinico: scartata l'ipotesi della formazione intestinale, G. Embden e F. Kalberlah han dimostrato che, facendo circolare acido omogentisinico attraverso un fegato, si produce acetone tal quale come facendo circolare tirosina e fenilalanina. Recentemente A. Lahille (3), comunicando un caso in un soldato che aveva anche dolori lombari, manifestò l'opinione che l'acido omogentisinico si formi nel rene alterato: opinione che non è sostenuta da reperti di alterazioni renali in altri casi, e che urta contro il fatto che l'acido omogentisinico venne trovato anche nel siero di sangue (Abderhalden) e che, infine, l'ocronosi sta bene a dimostrare che l'acido omogentisinico si trova in circolazione. Del resto, proprio nel rene non venne riscontrato l'acido stesso.

Dall'ocronosi per alcaptonuria si è distinta un'altra forma, che, in contrapposto alla prima, detta endogena, venne nominata esogena: sarebbe questa dovuta a lunga intossicazione con fenoli e si manifesterebbe con ocronosi ed urine scure (fenoliche). Gräffner (4) ne ha descritto un caso in una donna che aveva lungamente fatto uso di acido fenico per curare piaghe alle gambe, e V. Poulsen (5) nel 1912 contava otto casi di ocronosi esogena. È chiaro però che l'analogia tra le due forme è puramente sintomatica essendo l'alcaptonuria vera espressione di un'alterazione del ricambio che non ha nulla a che fare con quell'intossicazione, malgrado la somiglianza tra le sostanze eliminate nei due casi (idrochinone nelle ur. fen.).

Venne anche descritta, in contrapposto a quella umana, una ocronosi degli animali (bue, porco, vitello). M. Schmey (6) ed A. Ingier (7) che ne hanno descritto qualche caso, hanno però potuto rilevare che l'ocronosi degli animali non ha nulla a che fare con quella umana. E ciò per la sede, che negli animali è data dalle ossa e dagli organi interni e non dalle cartilagini: e per la natura chimica del pigmento che contiene ferro, derivando forse dall'emoglobina e dalla clorofilla: cosicchè venne proposto il termine differenziale di osteocromatosi, onde evitare confusione.

Negli ultimi anni poco di nuovo venne aggiunto alle conoscenze che si avevano già sull'anomalia che ci interessa. Hanno comunicato casi M. W. Scheltema (8), J. Mateika (9), E. Ebstein (10), G. Katsch, già citato, che riporta un probabile caso di alcaptonuria transitoria e che in altro bambino ha visto scomparire il sintomo omogentinisuria durante il digiuno, mentre in suo luogo si palesava una acetonuria passeggera. A questo proposito ricordo che anche il Mateika ha potuto ottenere effetto benefico sull'eliminazione di acido om. con una dieta antidiabetica.

***

I casi che sto per descrivere sono stati scoperti casualmente, come spesso succede per questa malattia, che, di per sè, non è tale da fare rivolgere i pazienti a luoghi di cura.

Il 23 aprile u. s. entra in questo ospedale Au. Mario, di anni 13, panettiere, con diagnosi di broncopolmonite. L'esame confermò la diagnosi e la malattia decorse regolarmente in guarigione. Praticando l'esame delle urine notai una istantanea riduzione del Trommer, a freddo, al che seguiva poco dopo una colorazione bruno-nera del liquido. Le reazioni rivolte ad assodare la natura del componente anomalo affermarono, come dirò, la presenza di alcaptone. Il paziente ignorava la sua infermità: non aveva mai notato che le urine annerissero nè che la biancheria portasse macchie indelebili: ignorava pure che altri membri della famiglia fossero affetti dall'anomalia in discorso. Invece un'inchiesta tra i componenti di casa mi persuase essere io di fronte ad un caso di alcaptonuria famigliare. Ecco per lo sguardo d'insieme, l'albero genealogico dei miei alcaptonurici, sfrondandolo delle parti meno essenziali: accennerò più sotto alle complicazioni di matrimoni fra consanguinei, particolarmente frequenti in questa famiglia, poichè, come è noto, da alcuni si è data speciale importanza, nella genesi dell'alcaptonuria, all'unione fra consanguinei.

ALBERO GENEALOGICO.

Au. Francesco † non alc.

Au. Pietro † non alc. — Au Francesco † non alc.

Rosa non alc. — Francesco † non alc.

Stefano alc. — Firmino † alc. — Giacomo alc. — Maria non alc. — Angiolina non alc. — Mario alc.

Risulta dunque che, di sei figli, quattro, e precisamente i maschi, sono alcaptonurici. La madre mi ha assicurato chè l'anomalia venne notata fin dalla nascita, che essa ha formato oggetto di vive preoccupazioni, sopite tuttavia nel corso degli anni, visto che i figli crescevano regolarmente. Le notizie rilevate possono essere accolte con piena fiducia, avendo io trovato in quasi tutti i membri della famiglia un encomiabile spirito di collaborazione. Dell'Au. Mario, come degli altri figli, la madre conosceva benissimo la strana particolarità, ma l'aveva sempre taciuta al ragazzo, il quale però ha potuto ignorare la sua infermità probabilmente perchè le urine annerivano con molto ritardo. Questa circostanza, già verificata in altri casi, mi ha fatto obbligo di diffidare dei dati negativi fornitimi, e di controllarli, nei limiti del possibile, con esami di urine. Dall'albero genealogico risulta dunque che da genitori non alcaptonurici sono nati ben quattro affetti dalla malattia: dico non alcaptonurici, perchè la madre è stata da me visitata (esame urine): il padre morì a cinquantacinque anni per neoplasma gastrico, e non consta che abbia mai accusato affezioni articolari. I due avi vissero fino a tarda età: non credo si possa tener gran conto del fatto che il proavo soffense di dolori articolari in età avanzata, mancando ogni altro dato anamnestico. Ho avuto agio di esaminare numerosi consanguinei dei pazienti, ricercando anche l'alcaptone nelle urine: cioè di un fratello e due sorelle dell'Au. Rosa, madre dei pazienti e loro prole, e di un fratello del loro padre e relativa prole. Degli altri (cinque morti ed uno assente) non ho che le notizie anamnestiche, concordemente negative: gli esami dei vari individui e rispettive urine (in totale quattordici) risultarono negativi. In complesso si tratta di famiglie sane, senza tare, senza malattie importanti: ho trovato alterazioni articolari od ossee in due membri del ramo alcaptonurici pur non essendo i due alcaptonurici: su questo tornerò più sotto.

Ecco ora qualche dato sui quattro fratelli ammalati e sulle due sorelle.

Au. Mario, di anni tredici, panettiere. Nessun precedente morboso degno di nota. È un ragazzo scarsamente sviluppato con scheletro gracile presentante qualche nota di pregresso rachitismo: pannicolo adiposo scarso e masse muscolari esili, cute bruna, sistema pilare fortemente pigmentato, specialmente le ciglia. Guarita la bronco-polmonite non si rilevarono alterazioni ai vari organi. Le urine, esaminate ogni giorno, presentarono le reazioni caratteristiche dell'acido omogentisico. Emesse limpide e di colorito giallo pallido davano però l'impressione, già fresche, di essere viste attraverso ad un vetro lievemente affumicato: tuttavia l'annerimento spontaneo non si presentava evidente se non dopo qualche giorno. Con aggiunta di alcali l'annerimento comincia subito alla superficie e scuotendo la provetta si vede agitarsi una nubecola grigio-nera. Il Trommer è ridotto con estrema rapidità a freddo, col Nylaender si ha colorazione grigiastra (alcalinità del mezzo): col percloruro di ferro momentanea colorazione azzurra: col reattivo di Millon a freddo precipitato giallo ovo, che diventa roseo scaldando: coll'argento ammoniacale rapida riduzione. La prova della fermentazione è negativa. Nessun potere rotatorio sulla luce polarizzata. Dopo queste prove ho rinunciato, credo senza pericolo, ad altre già note, così alla preparazione dell'acido omogentisinico puro, così alla prova che vedo citata dal Scheltema (8) del iodato di potassio. Il Mateika (9) ha fatto il curioso esperimento di sviluppare delle lastre fotografiche coll'urina alcaptonica a cui aggiunse solfito di soda, riuscendovi pienamente: del che non è a stupire data l'azione riducente sull'argento dell'acido omogentisinico, che è poi acido idrochinonacetico.

Nel sedimento delle urine si rilevano numerosi globuli bianchi ed epiteli delle vie desquamati: il paziente nega però di avere mai avuto disuria.

Non si nota traccia di ocronosi nè al padiglione dell'orecchio, nè al naso, nè agli zigomi, nè in altri punti: non macchie azzurre alle ascelle. Il cerume è di color nero. Non segni di alterazioni articolari. L'esame del sangue, praticato il 7 maggio, dà il seguente risultato: emoglobina 78%, globuli rossi 4,640,000, globuli bianchi 14,500, valore globulare 0.8. La formula leucocitaria ha dato polinucleati neutrofili 50%, id. eosinofili 1%, linfociti 40%, grandi mononucleati e forme di passaggio 9%. La reazione di Wassermann è risultata negativa. Un primo dosaggio (5 maggio) dell'acido omogentisinico col metodo di Denigés su una porzione qualunque di urina dà il 2.058 per mille. Ecco poi i risultati di dosaggi praticati in tre giorni successivi (7-8-9 maggio) sulle urine delle ventiquattro ore:

Urine cc. 830 - p. sp. 1024 - ac. om. per mille 2,378 - totale gr. 1.97;

Urine cc. 1230 - p. sp. 1019 - ac. om. per mille 2.26 - totale gr. 2.78;

Urine cc. 1100 - p. sp. 1021 - ac. om. per mille 2.309 - totale gr: 2.53.

Durante questi giorni il paziente è tenuto a dieta mista. Il 12 maggio esce per sua volontà dall'ospedale, interrompendo indagini in corso.

Au. Stefano, di anni trentotto, per molti anni fornaciaio, poi metallurgico. Ricorda di aver sempre avuto urine spontaneamente annerenti: persona intelligente, ha osservato in quali circostanze si produce più rapidamente il cambiamento. A diciotto anni ha sofferto di ulcere,

che furono dette veneree, con adenite: a diciannove di malaria, guarendone bene in breve tempo. È sposato da quattordici anni con una cugina germana, figlia a sua volta di cugini germani (ometto per brevità il complicatissimo albero genealogico). La moglie sta bene. Dal matrimonio sono nate due bambine, di cui una, prematura, morì quasi subito dopo la nascita, l'altra, attualmente in età di dodici anni, soffre di artrite coxofemorale. Lo Stefano due anni fa ha avuto una forma di reumatismo del ginocchio destro che fu detta reumatismo articolare aucuto; non aveva però febbre, e, la conoscenza della sua alcaptonuria illumina attualmente in ben altra maniera l'affezione. Del resto i disturbi articolari al ginocchio non scomparvero mai totalmente, anzi si sono diffusi a tutte le grandi articolazioni: il paziente si lagna di dolorabilità, specialmente dopo fatiche prima sopportate e di un senso di rigidezza. All'esame oggettivo risulta: individuo robusto, con organi in generale sani. Al padiglione dell'orecchio si osserva una bellissima ocronosi, che risulta bene specialmente per trasparenza e che colora il cavo della conca, la fossetta triangolare e, meno intensamente, la docciatura dell'elice. Non ocronosi della cartilagine nasale, nè macchie azzurre alle ascelle; cerume intensamente nero. Sulla sclera, nel tratto lasciato scoperto dalle palpebre, si nota una macchia triangolare a base sul limbo, di colore giallo bruno, non rilevata. Tutti gli esami delle urine danno le reazioni caratteristiche; un dosaggio su una porzione di esse (il paziente è stato visto ambulatoriamente) dà l'1.814 per mille di acido omogentisinico. La reazione di Wassermann è stata negativa. L'esame clinico delle articolazioni dimostra alle due ginocchia un fine scricchiolio, mentre i contorni non risultano alterati. Radiografie delle ginocchia, delle mani e dei gomiti non lasciano risaltare alterazioni importanti: in complesso al ginocchio destro si può scorgere un'incertezza del contorno del condilo interno del femore, che appare alquanto sfrangiato; l'osso pare anche più compatto del normale.

Dei due altri fratelli non ho che le notizie fornitemi dai parenti, che però, per quel che ho detto sopra, ritengo di assoluta attendibilità.

Au. Firmino, morto a ventidue anni per causa violenta. La madre ha notato subito dopo la nascita che emetteva urine scure e che i panni rimanevano indelebilmente macchiati di nero. Del resto il Firmino stesso durante tutta la vita ha presentato l'anomalia in discorso, di cui era conscio. Non ha mai lamentato disturbi articolari di sorta.

Au. Giacomo, di anni trenta, operaio in raffineria di zucchero. Anch'egli fin dalla nascita ha urine annerenti; del resto sta bene, all'infuori di una artrite nel ginocchio destro, accompagnata da deformità della parte; non so quando l'affezione si sia iniziata, perchè il paziente non è stato da me visto. Ha due bambine che godono di buona salute e non sono alcaptonuriche.

Le due sorelle vennero da me visitate. Maria, di anni ventisei, non presenta ocronosi, nè alterazioni articolari, nè alcaptonuria (esame urine); le sue tre bambine non sono alcaptonuriche (esame urine); una di esse soffre di una grave forma di rachitismo con diatesi essudativa; escludo, per ripetute osservazioni, che la forma ossea possa essere messa in rapporto con una alcaptonuria anche transitoria. (Vedi il caso di G. Katsch di bambino alcaptonurico e rachitico).

L'altra sorella, Angiolina, di anni venticinque, turacciolaia, non presenta alcun segno di alcaptonuria (esame urine); neanche la sua bambina presenta questa anomalia.

Qualche breve considerazione. La malattia ha colpito in questa famiglia tutti i maschi e solo i maschi; e ciò concorda con quanto già si sapeva, preferire l'alcaptonuria il sesso maschile, per quanto qualche caso sia anche noto in donne. I genitori dei pazienti erano consanguinei.

Dell'importanza di questa circostanza nella patogenesi dell'affezione molto si discusse, perchè non sempre si potè rilevare consanguineità dei genitori degli alcaptonurici: l'Umber tornando sulla sua questione conchiude che se ne deve tenere un conto non decisivo. È curioso notare che nella famiglia Au. i matrimoni fra consanguinei sono stati frequenti: l'Au. Stefano, figlio di cugini, ha sposato una cugina, figlia a sua volta di cugini. Orbene il prodotto di questo triplice ritorno allo stesso sangue è una bambina di dodici anni, non alcaptonurica. Essa soffre di artrite coxofemorale oramai da un anno, sulla natura della quale, tubercolare o meno, non è stato raggiunto l'accordo fra i medici che la visitarono La bambina sta bene per il resto ed è sviluppata benissimo. Colpito dalla coincidenza di questa oscura artrite nella figlia di un alcaptonurico ho voluto provare in certa maniera se la bambina avesse almeno una minorata tolleranza per le sostanze che più facilmente danno luogo alla produzione di acido omogentisinico e, non avendo gli amino-acidi corrispondenti a disposizione, ho ricorso alla somministrazione di alimenti ricchi di caseina; l'esito fu che mai nelle urine ho riscontrato presenza di acido om. Quali rapporti possa avere adunque l'affezione articolare della figlia colla malattia del padre non si può dire, pur dubitando che possa averne proprio alcuno.

Noto che la consanguineità dei genitori, che pare abbia avuto una certa parte nella genesi dell'alcaptonuria dei quattro fratelli, non ha avuto alcuna azione nel caso di questa bambina, nata da un così ostinato accoppiamento di consanguinei, di cui uno per giunta alcaptonurico.

Nè con notizie anamnestiche nè con esami personali ho trovato tra gli ascendenti o i discendenti dei miei pazienti traccia della malattia: sull'ereditarietà dunque di essa, rilevata

fino ad ora solo in due casi che sono quelli del Garrod e dell'Umber, nulla di nuovo posso dire.

Sta però che nella prole dei quattro fratelli e delle due sorelle Au. non si trova un rappresentante del sesso preferito dall'alcaptonuria: otto nati, otto femmine; senza ricorrere ad ipotesi circa questo strano fatto, sarà bene spiegarlo, almeno per ora, ed in mancanza di meglio, col caso.

Il Söderbergh (11) in un suo paziente alcaptonurico non luetico ha trovato reazione di Wassermann positiva: con somministrazione di forti quantità di tirosina avrebbe ottenuto anche che una reazione negativa diventasse positiva nel giro di ventiquattro ore. Nei due pazienti, nei quali detta reazione venne praticata, come dissi sopra, la deviazione del complemento è stata nettamente negativa.

Alcuni accennano, come ad un sintomo di irritazione delle vie urinarie per opera dell'acido omogentisinico, la disuria. Ricordo l'esperimento di Embden. Ora nei due casi che ho esaminato, **disuria non esiste: però il sedimento** delle urine del Mario, come dissi, deponeva per un catarro delle vie: anche le urine dello Stefano contenevano in grande quantità epiteli desquamati e globuli bianchi.

Nelle numerose pubblicazioni sull'anomalia del ricambio che ci interessa ricorre volentieri la frase: non sempre l'alcaptonurico arriva all'ocronosi ed all'artrite deformante. Credo che un bell'esempio sia offerto dai tre Au. viventi: il più giovane non ha nè ocronosi nè artrite deformante; il più vecchio ha una bellissima ocronosi e le articolazioni cominciano a risentire gli effetti dell'impregnazione di anni ed anni per opera del pigmento; l'Au. Giacomo che raggiunge la trentina soffre già di alterazioni articolari, mentre mi mancano dati circa l'ocronosi, che però con ogni certezza posso presumere.

Io credo di poter avere agio di seguire i progressi della malattia del più giovane dei pazienti, di cui ho potuto con facile sicurezza indicare la prognosi, rinunciando invece a tentare cure di sorta, le quali, essendo essenzialmente dietetiche, hanno poca probabilità di essere applicate per tanti anni, specialmente poi da individui non in buona condizione di fortuna.

(1) Estese trattazioni dell'argomento e bibliografia nei testi seguenti:

C. NEUNBERG. *Handbuch d. Pathologie d. Stoffwechels* di V. NOORDEN, II B., p. 480 e s.

P. RONA. *Hb. d. biochemischen Arbeitsmethoden*, III B., II H., p. 834 e s.: qui la tecnica delle indagini chimiche.

O. NEUBAUER. *Bioch. Handlexicon*, IV, p. 360, 1911.

J. BAER. *Trattato di medicina interna* di MOHR e STAEHELIN, trad. italiana (Milano, 1914), vol. IV, p. 652 e s.

FR. UMBER. *Spezielle Path. u. Therapie inn. Krankheiten* di KRAUS e BRUGSCH, I Bd., I Teil, p. 106 e s.

(2) G. KATSCH. Münch. med. Woch., 1918, n. 48, e D. Arch. f. klin. Med., 127, H. 3-4, riferito da Gazzetta d. Osp. e delle Cliniche, 1919, n. 42, pag. 413.

(3) A. LAHILLE. Soc. méd. d. Hôp., 26 avril 1918, rif. in Presse médicale, 1918, n. 26.

(4) GRÄFFNER. Berlin. med. Ges., 24 luglio 1907, rif. in Semaine médicale, 1907, n. 31.

(5) V. POULSEN. Münch. med. Woch., 1912, n. 7.

(6) M. SCHMEY. Berl. med. Ges., 12 giugno 1912, rif. in Münch. med. Woch., 1912, n. 25.

(7) A. INGIER. Zieg. Beitr. Z. path. An. u. allg. Path., B. 51, H. 1, 1911.

(8) M. W. SCHELTEMA. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk., 1914, rif. in Zentralblatt f. i. Med., 1915, n. 4.

(9) J. MATEIKA. Casopis lékaruvo ceskych, 1913, n. 47, rif. in Zentralblatt f. i. M., n. 5, 1914.

(10) E. EBSTEIN. Münch. m. Woch., n. 14, 1918.

(11) SÖDERBERGH. J. A. M. A., 1915, n. 6.

NOTE DI TECNICA.

Tecnica per le iniezioni endovenose di salvarsan argentico.

Prof. C. LOMBARDO, direttore incaricato della Clinica Dermosifilopatica della R. Univ. di Sassari.

Gli autori che si occuparono dell'impiego del Salvarsan argentico, per iniezioni endovenose nella cura della sifilide e di altre affezioni, mentre rilevarono che esso ha una azione terapeutica corrispondente a quella del *606*, ed offre molti dei vantaggi del *914*, trovarono che presenta qualche inconveniente. Se, nel praticare l'iniezione endovenosa, anche piccola quàntita della sua soluzione va attorno alla vena, essa provoca una reazione locale più intensa, grave e duratura che gli altri arsenobenzoli, e ciò, con questo preparato, è più facile che accada pel colore caffè scuro che ha la sua soluzione cosa che impedisce o difficulta molto la visione del refluire del sangue nella siringa, che garantisce l'operatore della giusta introduzione dell'ago nel lume della vena.

Ad ovviare tale inconveniente, si è raccomandato da alcuni l'impiego di aghi o raccordi a doppio deflusso, e da altri la pratica di infiggere prima l'ago solo nella vena, e, quando da esso fuoriesce il sangue, di innestare la siringa e praticare l'iniezione. Ma questi due accorgimenti hanno in comune il difetto della fuoriuscita libera del sangue, cosa che impressiona l'infermo e che non è certo pulita, e importano anche una relativamente complessa manipolazione, e nel primo caso speciali apparecchi.

Credo quindi utile indicare un altro metodo, da me usato, che mentre evita i primi e questi inconvenienti, è semplice, di facile applicazione e non credo sia stato ancora segnalato.

Riempita la comune siringa di vetro della soluzione, si scacciano accuratamente le bollicine d'aria, poi si innesta l'ago, sterilizzato a secco, in modo che la soluzione non vi penetri, e si pratica la puntura della vena con la solita tecnica.

Non appena l'ago penetra nel lume della vena, si vede refluire nella siringa la bolla d'aria che era nell'ago (se si ha la sensazione di essere dentro la vena e l'aria non refluisse spontaneamente come di solito avviene, si può sollecitare tale fatto con una leggera trazione sullo stantuffo), *e correre in alto contro il fondo del pistone: si pratica allora l'iniezione lentamente senza timore di spingere nella vena l'aria perchè essa resta nell'ultima parte del contenuto della siringa che è sempre meglio non iniettare.*

Facendo infatti, con la stessa tecnica, le iniezioni di Neosalvarsan, in soluzione non troppo concentrata 5-10 cmc., ed in acqua distillata, si osserva benissimo, essendo la soluzione chiara e limpida, che subito dopo la bolla d'aria comincia a refluire il sangue, e mentre quella, per l'inclinazione della siringa, si porta in alto contro lo stantuffo, questo va in basso al fondo della siringa, dove anche si raccoglie qualche piccola particella indisciolta, eventualmente presente. Nelle soluzioni troppo concentrate. specie se fatte in liquido fisiologico, si ha una soluzione ipertonica che fa galleggiare il sangue ed alcune particelle estranee; anche per queste ragioni io trovo più conveniente usare l'acqua bidistillata, sia pel *914* che pel Silbersalvarsan.

Con questo procedimento, che non richiede alcun speciale apparecchio, si evita di versare piccole quantità di liquido irritante durante l'infissione dell'ago, non si impressiona l'ammalato con la vista del sangue, non ci si sporca, si ha minore reflusso di sangue nella siringa, si utilizzano, come indice della penetrazione nella vena, le bollicine di aria reflue, che sono benissimo visibili anche se si hanno da iniettare liquidi di colore oscuro od opachi, si evita di iniettare l'ultima parte del contenuto della siringa, che accumula le sostanze estranee, non occorre una assistenza; il metodo quindi se può essere sempre impiegato con vantaggio nelle iniezioni endovenose, deve essere il metodo di elezione per le iniezioni del Salvarsan argentico, specie nella pratica privata e quando non si abbiano a fare molte iniezioni in serie.

Clinica otorinolaringojatrica della R. Università di Torino.
(Direttore professore comm. G. GAVELLO).

Le iniezioni endotracheali di novoarsenobenzolo. (1)

Nota di tecnica e terapia.

Dott. prof. CARLO BRUZZONE e dott. ENRICO VECCHIA

Per la somministrazione degli arsenobenzoli nella cura della lue, furono tentate vie diverse; alcune di queste — la gastrica, la rettale, l'endomuscolare — furono abbandonate, presentando o difficoltà di tecnica o cattiva utilizzazione del farmaco o pericoli di lesioni locali; altre invece — le iniezioni epifasciali alla Wechselmann (2) e le endovenose — diventarono di pratica corrente. E non vi è dubbio che, specialmente il metodo endovenoso, resta quello di elezione, non facilmente sostituibile.

A scopo di studio e per concetti più che altro di ordine tecnico, abbiamo voluto tentare per gli arsenobenzoli anche il metodo endotracheale, indotti anche da recenti pubblicazioni sulla utilità di questo metodo per altre affezioni.

È noto in laringologia che, usato dapprima in veterinaria da Gohier, e poi da Levi, il metodo di iniezione endotracheale fu in seguito applicato all'uomo da Sehrwald, da Botëg, Bouchard, Reichert e studiato in modo particolare da Hering e da Guisez; entrato nella pratica laringoiatrica fu usato specialmente per la cura di fatti catarrali semplici e tubercolari tracheo-bronchiali.

Come avviene per molti altri metodi di cura, passato un primo periodo di entusiasmo, le iniezioni endotracheali, specialmente in Italia, non ebbero molta diffusione e furono usate soltanto da pochi specialisti e molto di rado, forse perchè i malati poco volentieri vi si sottopongono, forse anche perchè i risultati pratici della cura non parvero sufficienti ad autorizzare questo metodo a preferenza di altri più semplici (inalazioni, nebulizzazioni, ecc., ecc.).

Recentemente, in Francia, il metodo va ritornando in vigore per speciali medicazioni; data la difficoltà tecnica di esso, qualche autore preferisce attraversare con un ago di siringa di Pravaz la membrana interoico-tyroidea, ritenendosi questa modificazione una semplifica-

(1) Il prof. Bruzzone ha atteso alla parte di tecnica laringoiatrica e clinica; l dott. Vecchia ha eseguito gli esperimenti sugli animali e le reazioni bio-chimiche.

(2) WECHSELMANN und EICKE-ZUR. *Tecknikx und Wirkung subkutane neo-salvarsan jechionem.* (Munch. med. Woch., 1914, n. 10).

TROSSARELLO N. *Le iniezioni di arsenobenzoli nella fascia lata.* (Policlinico, 1919, Sezione pratica, fasc. n. 31).

zione di tecnica ed un metodo meno faticoso per il malato. Così Bossan (Seduta del mese di giugno 1919 della Società di Biologia di Parigi) nella ultima grave epidemia di influenza, per la cura delle complicazioni broncopolmonari pensò di portare gli anticorpi del siero atipneumococcico e di quello antistreptococcico direttamente nelle lesioni: iniettava attraverso la membrana intercricotiroidea 60 cc. di siero (40 di antistreptococcico e 20 di antipneumococcico) ripeteva il giorno seguente l'iniezione di 40 cc. dell'uno o dell'altro siero a seconda dell'esame batteriologico e le due iniezioni erano sufficienti per la cura. Non osservò disturbi di anafilassi e conclude rilevando, per il metodo, i seguenti vantaggi: facilità delle vie di accesso; innocuità assoluta dell'iniezione, larga distribuzione sulla superficie delle lesioni del siero iniettato; assorbimento rapido.

P. Cantonnet (seduta del 21 febbraio 1920, della Società di biologa di Parigi), rilevando che l'iniezione endotracheale sotto la guida dello specchietto laringeo, richiede l'anestesia locale, per la quale occorre tempo, che necessita uno strumentario che egli dice complicato, ed una speciale educazione dell'operatore, consiglia di fare tali iniezioni senza l'uso dello specchietto, stirando colla mano sinistra la lingua del paziente, introducendo la cannula ricurva della siringa in fondo alla faringe al di là del dorso della lingua e iniettando rapidamente il liquido. L'autore ritiene questo metodo semplice, sicuro e scevro d'inconvenienti. Bedsredka (Annales de l'Institut Pasteur — T. XXXIV, 1920, n. 1), rilevando come per lo studio dell'anafilassi e dell'immunità furono utilizzate tutte le vie di inoculazione (sottocutanea, intraperitoneale, intravenosa, ceribrale, rachedea, oculare, boccale, rettale) volle anche, nei rapporti dell'anafilassi e dell'immunità passiva, usare la via laringo-tracheale, servendosi di una sonda o della puntura della trachea nei conigli e nelle cavie. Concluse le sue esperienze affermando che la via aerea si presta facilmente all'assorbimento di grandi quantità di siero, che non esistono pericoli di anafilassi e, data la facilità della tecnica operatoria, ritiene il canale laringo-tracheale la via di predilezione per la sieroterapia nell'uomo. Usò siero antidifterico e siero antitetanico.

Tutti questi esperimenti ci hanno indotti a tentare la via endolaringea anche per l'arsenobenzolo. Istituimmo dapprima delle prove di laboratorio su numerosi conigli. Gli animali non ebbero la minima reazione al farmaco, somministrato alla dose di un centigrammo per chilo ed iniettato rapidamente in trachea o colla tracheo-puntura o colla inalazione. Si usò l'arsenobenzolo in soluzione di 2 o 3 cmc. di acqua distillata e sterilizzata. Non si osservarono fenomeni di soffocazione: non si notò neppure modificazione nel respiro.

Ci decidemmo allora a trasferire la prova in pazienti affetti da lue ed avemmo un primo caso molto favorevole in una donna ricoverata nella clinica otorinolaringoiatrica. Tale malata presentava manifestazioni sifilitiche alle fauci ed era portatrice di cannula tracheale, essendo stata operata di tracheotomia, per fatti di stenosi laringea acuta, da circa un anno. Potevamo così immettere il farmaco direttamente in trachea. R. Wassermann + + +.

Si trattava della paziente R. Margherita, cuoca, d'anni 45, ricoverata il 23-11-20. Saggiata la buona tollerabilità all'arsenobenzolo con due iniezioni endovenose, rispettivamente di 0.15 e 0.30, il 12-IV-1920 praticammo la prima iniezione endotracheale di novoarsenobenzolo Billon alla dose di 0.30, sciolto in 3 cmc. d'acqua distillata e sterilizzata ed immesso direttamente nella ferita tracheotomica, previa anestesia con polverizzazione di soluzione di cocaina 1:20. La paziente non avvertì nè immediatamente, nè in seguito, dolore alcuno sternale, non ebbe tosse, nè spasmo: il respiro si mantenne immutato. Più tardi la tracheoscopia non fece rilevare alcuna alterazione della mucosa. All'esame plessico e polmonare, fatto il giorno stesso e nei giorni seguenti, non fu rilevato alcun reperto degno di nota.

Altrettanto avvenne per due altre iniezioni endotracheali di 0.45 ciascuna, praticate rispettivamente il 19 ed il 27-IV-20, in seguito alle quali si potè constatare anche la benefica azione del rimedio colla scomparsa delle lesioni mucose alle fauci.

In un'altra paziente della Clinica, certa P. Maria, d'anni 34, contadina, ricoverata il 30 marzo 1920, per gomma ulcerata del faringe, ci siamo valsi senz'altro della via laringea per immettere l'arsenobenzolo in trachea. Anestetizzata la faringe e la laringe con pennellatura con soluzione di cocaina 1:20, sotto la guida dello specchietto e servendoci della comune siringa a lunga cannula ricurva, il cui estremo si portava fino alla rima glottidea, si praticò una serie di iniezioni rispettivamente alle dosi di 0.20, 0.45, 0.60 di novoarsenobenzolo Billon. Si agitava bene il liquido per far sciogliere il farmaco e nello stesso tempo per renderlo meno freddo al momento dell'immissione in trachea. Le maggiori cure si ponevano nell'anestesia preventiva e l'infezione si faceva quindi con una certa facilità. L'ammalata non risentì mai bruciori locali, nè dolori retrosternali, non ebbe mai spasimi od accessi di soffocazione, nè

presentò reazioni broncopolmonari immediate o tardive. Ebbe solo qualche colpo di tosse dopo l'iniezione di 0.45. La reazione generale si limitò a leggera cefalea ed a qualche lieve rialzo febbrile (37°.7-38°), nel giorno dell'iniezione. La lesione faringea guarì completamente alla terza iniezione.

Estendemmo la cura ad altri malati ed i fenomeni riscontrati non mutarono affatto, riducendosi sempre e soltanto a lieve cefalea ed a modica reazione febbrile.

Dalle nostre esperienze fatte sugli animali e nell'uomo, possiamo pertanto concludere che il metodo endotracheale può essere usato anche per le iniezioni di novoarsenobenzolo, non presentando pericoli di sorta. Data la vasta superficie sulla quale il rimedio si distende è da supporre che l'assorbimento avvenga in modo rapido. Naturalmente non riteniamo che possa tale metodo diventare di pratica corrente e ciò per evidenti ragioni: non è innanzi tutto un metodo comodo, richiede pratica dell'uso dello specchietto laringoscopico e tolleranza del paziente alla anestesia ed alla manovra. Nè crediamo che le semplificazioni proposte sieno accettabili in pratica, tanto il metodo d'infliggere l'ago di una siringa Pravaz attraverso la membrana intercricotiroidea quanto quello di iniettare il liquido senza specchietto. Per il primo è da rilevare che si potrà eseguire con una certa sicurezza solo quando il collo del malato è magro e d'altra parte si può infiggere l'ago ed aprire qualche vaso arterioso o venoso anche grosso; per il secondo è da rilevare che, iniettando un liquido dietro il dorso della lingua, alla cieca, difficilmente si entra in laringe, ma semplicemente si arriva all'orifizio dell'esofago. La manovra è malsicura ed incomoda per l'ammalato. Invece per il laringologo non è difficile ed è sicura, previa anestesia accurata. Solo l'uso di questo metodo sarà riservato a casi eccezionalissimi: indicazione di scelta potrà essere solo, noi crediamo, quando si tratti di spirochetosi bronchiale (Castellani), così come per le forme di cangrena polmonare si hanno ottimi risultati (1) con iniezioni massive d'olio gomenolato.

(1) RICHEZ. *Deux cas de gangrène pulmonaire, traités par les injections massives intratracheales, d'huile gomménolée.* (L'otorinolaryngologie internationale, février 1920).

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

Metodi pratici di studio del cuore e loro relativo valore.

(W. D. ALSEVER. *Medical Record*, 28 agosto 1920).

Una diagnosi completa, cioè etiologica, patogenetica e funzionale si deve fondare su tre capisaldi, anamnesi, esame obbiettivo e ricerca di laboratorio, dei quali sarebbe difficile affermare qual sia il più importante.

L'esame anamnestico è il metodo che viene trascurato a preferenza degli altri due, e ciò è la comune pecca dei medici. Un pratico diceva: «Se voi doveste vedere quanti ammalati devo vedere io, e camminare quanto cammino io, non spendereste tanto tempo nello studio accurato dei vostri casi». Gli fu risposto subito: «Se faceste un esame accurato alla vostra prima visita, molte delle successive sarebbero inutili». È deplorevole l'abitudine di molti medici valenti, di affidare agli assistenti la ricerca della storia clinica, giacchè la esattezza di questa è frutto di una indaginosa discussione col paziente e coi suoi parenti, che non può essere mantenuta se non da chi ha interesse di arrivare alla diagnosi, e non da chi fa il raccoglitore di storie per rutina, senza interesse e senza responsabilità. È solo attraverso questo metodo che il clinico arriva alla conoscenza profonda della personalità del paziente e delle sue abitudini, indispensabile per la piena intelligenza della situazione, per assicurarsi la necessaria fiducia da garentirne la cooperazione nel trattamento curativo, per cavare i dati sui quali fondare il successo di quella psicoterapia, che è comune e importante elemento nella cura di quasi tutte le malattie. La storia clinica, dice l'autore, è naturale che richieda, perciò, più abilità e più tempo che l'esame obbiettivo.

Nelle malattie di cuore la storia va lungi nel determinare le cause di esse e la capacità funzionale del cuore. È necessario fare indagine minuziosa sulle abitudini del paziente, sia antiche che recenti, spassionatamente, senza quella tinta di benevolenza che alle volte fa accettare l'opinione del malato riguardo ai suoi eccessi, costituendo poi un ostacolo alla sua cura. Vi sono alcuni sintomi che talora non vengono fuori alla ricerca, se ad non si rivolga particolare attenzione, come debolezza, dispnea, malessere e palpitazioni con lo strapazzo: questi spesso non sono c fastidiosi da imporsi all' attenzione del paziente, e, se non vi sono segni fisici di car-

diopatia, possono quindi far disconoscere una malattia che esiste latente. La debolezza, p. e., iniziale ha la caratteristica che il paziente è cosciente di essa nel suo petto, mentre nelle debolezze di origine non cardiaca o in quelle da strapazzo il fastidio è maggiore nelle gambe; un' altra caratteristica è che non viene dopo il riposo notturno, nel qual caso essa è effetto di errori di nutrizione.

La storia clinica meglio di ogni altra sorgente d'informazione c'illumina sulla capacità funzionale del cuore con la prova così comune fra i medici antichi: far esercitare il paziente finchè la respirazione diventi breve e ansante, notare la somma di lavoro compiuto, osservare le condizioni generali di riposo, quali il grado di stanchezza, il colorito, la intensità e durata della dispnea, la modalità del polso, ecc., e paragonare il tutto con ciò che è normale secondo l'età e il tipo del paziente. È utile ricordare che, se un uomo compie il suo ordinario lavoro giornaliero con la comune sensazione di stanchezza, il suo cuore è in buona efficienza. Giacchè la questione pratica di un cardiopaziente non è tanto quale lesione anatomica abbia il suo cuore, ma quale somma di lavoro esso sia capace di compiere. Bisogna infatti confessare che non di rado il medico condanna ad una vita di semi-invalidità un ragazzo per un soffio funzionale, o provvede tardi quando i segni fisici sono troppo chiari, mentre sia nell'uno che nell'altro caso lo studio della capacità funzionale lo avrebbe meglio o prima guidato. La capacità funzionale riferisce sull'intero apparato circolatorio, cuore, sangue, arterie, reni: afferma o meno la deficienza del flusso nei vasi capillari, ciò che produce la dispnea, il dolore anginoso, la precoce stanchezza, ecc. È in seguito che bisogna stabilire la sede di tali cambiamenti. Conosciuta l'etiologia e la capacità funzionale in un cardiopaziente, la cura può iniziarsi senz'altro.

***

L' esame fisico mena al riconoscimento di abnormi segni fisici indicatori precisi di alterazioni di struttura, ormai di data già vecchia, che noi pur troppo non sappiamo mettere prima in evidenza. Ci s'insegna di eseguirlo con metodo, cioè ispezione prima, poi palpazione, percussione, ascoltazione, ma sventuratamente il rumore ascoltatorio è l'ossessione della maggior parte dei medici.

Una delle cose più importanti, p. es., è la determinazione della sede e dei caratteri del battito della punta: se esso è normale, non vi può essere difetto grave nell'efficienza del cuore. Quel che lo rileva meglio è l'ispezione e il palpamento, mentre l'ammalato è in piedi o seduto leggermente inclinato innanzi, e solo, quando l'impulso è debole molto, l'ascoltazione può essere utilizzata a determinare il punto di massima intensità dei rumori, il quale spesso, ma non sempre, sarà la sede del battito. Una questione spessissimo contrastata fra i medici è la determinazione del volume del cuore. Secondo l'A. il metodo migliore è la percussione leggera in posizione eretta o seduta, tronco leggermente inclinato innanzi. In caso di dubbio la percussione immediata, diretta, lungo la costola, di fuori in dentro. Per controllo si può usare la percussione ascoltante, cioè notare attraverso uno stetoscopio, situato a due o tre cm. in sopra del punto medio della linea di percussione costale, la differenza di suono che provoca il dito secondo che si trovi o no entro l'aia di ottusità. La fluoroscopia può giovare eziandio come controllo, ma non è infallibile. L'esame radioscopico ordinario, causa la divergenza del fascio di raggi, è inadatto, a meno che non si serbi la distanza di almeno sei piedi. L'ortodiagramma sarebbe il più preciso, ma è poco pratico, e richiede particolare abilità.

L'ascoltazione, scoverta nel 1816 dal Laennec, mentre la percussione esisteva dai tempi d'Ippocrate, è di un vantaggio grande. Però ha fatto tanti danni per la cattiva inerpetrazione dei suoi dati, che Mackenzie si domandava se il mondo non se la passerebbe meglio qualora l'ascoltazione non fosse stata mai inventata. A ogni modo, se un esame accurato rivela solo un segno di malattia di cuore, quel cuore deve essere considerato sano. I rumori cardiaci debbono rilevarsi successivamente in posizione orizzontale, eretta, prima e dopo lo esercizio; ciò non ostante il loro significato spesso sarà oscuro. Il soffio diastolico dell'insufficienza aortica, quello presistolico o diastolico della stenosi mitralica, il rumore pericardico sono i tre anormali suoni cardiaci di grande significato diagnostico.

La misura della pressione sanguigna serve poco. Il poligrafo e l'elettrocardiografo sono indispensabili solamente in alcuni casi. L'aritmia delle orecchiette, cui appartengono quasi tutte le irregolarità della giovinezza, è innocua: ogni irregolarità che si ripete ad ogni ciclo respiratorio è aritmia delle orecchiette. L'extrasistole è frequentissima dopo l'età media: il suo danno è insignificante. Un polso di 30-40 al minuto, regolare, permanente, significa blocco cardiaco, e questa è una forma pericolosa. La fibrillazione dei seni può essere scoperta dallo sfigmomanometro; il tremolio

delle orecchiette si rivela alla velocità del polso sopra 180'; ambedue queste forme sono responsive alla digitale.

* * *

Le ricerche di laboratorio, come la R. Wassermann per la sifilide, le culture per la difterite, ecc., sono di gran valore per la conoscenza della etiologia di una cardiopatia. Una cultura di sangue positiva è un argomento presuntivo che una recente cardiopatia sia dovuta al germe isolato. La prova della fissazione del complemento per la blenorragia indica l'attività del gonococco nel corpo e suggerirà una probabile relazione fra esso e una attuale infiammazione indovatasi nell'ambito del cuore. La conta dei globuli del sangue metterà in evidenza le forti anemie, le pseudoleucemie, che possono originare debolezza di circolo e altresì soffi e sfiancamento cardiaco. L'esame delle urine, la ricerca dell'azoto nel sangue differenziano le nefriti e le conseguenti forme cardiorenali.

Ciò che, concludendo, urge tener presente è di non aspettare i segni fisici per diagnosticare una diminuita attitudine funzionale del cuore. Questa, diagnosticata a tempo, fa guadagnare, mercè il trattamento igienico, non meno di venti anni al paziente. Così anche una cardiopatia, diagnosticata allo stadio ancora funzionale, è come la tubercolosi diagnosticata al suo inizio: è accessibile al trattamento; non significa più morte; magari verranno le lesioni obbiettive cardiache o polmonari, ma non sarà lo stato di malattia vero e proprio, e il paziente, se si attiene alle norme indicate, può compiere una data somma di lavoro e vivere molti anni in pieno *comfort*, pur senza specifici che non abbiamo, e semplicemente con la terapia di sostegno dianzi indicata.

N. GENTILE.

CHIRURGIA.

Una rivoluzione nel trattamento della lussazione congenita dell'anca nei piccoli bambini.

(H. W. FRAUENTHAL. *Journ. of the Am. Med. Assoc.*, 10 gennaio 1920).

Da circa venti anni sono in voga per la riduzione della lussazione congenita dell'anca il metodo incruento di Lorenz, e il metodo cruento di Hoffa nei casi ribelli. (Oltre i metodi incruenti di Schede e Kirmisson. - *N. d. R.*). Tutti richiedono una lunga immobilizzazione in apparecchio, seguita da esercizi correttivi, e l'intero trattamento dura parecchi mesi.

La sorte pose in mano dell'A. un metodo, sperimentato poi su venticinque casi, applicabile ai bambini al disotto di due anni e mezzo.

Nella letteratura anatomica sulla lussazione congenita dell'anca si trova (S. Davis, J. Ridlon, R. Thompson) che la testa e l'acetabolo sono normali, e non vi è contrattura muscolare, prima che il bambino abbia sopportato peso su l'arto affetto. Soltanto dopo aver sopportato peso sull'arto i muscoli dell'articolazione dell'anca entrano in contrattura, e la lussazione in alto risulta dalla distensione del legamento rotondo: poi l'arteria che accompagna questo legamento non funziona più, e ne derivano deformazioni della testa del femore.

L'origine del metodo che qui si descrive risale al 17 ottobre 1918, quando l'A., chirurgo capo dell'Ospedale Ortopedico di New York, in presenza di numerosi medici visitatori ridusse senza anestesia una lussazione congenita dell'anca in un bambino di due anni. Volendo dimostrare ad uno dei chirurgi presenti la semplicità della riduzione senza anestesia, tentò slogare l'anca di nuovo, ma, dopo dieci minuti di sforzi, non vi riuscì. Allora non applicò apparecchio, e lasciò che il bambino camminasse, per dar agio alla lussazione di riprodursi, e così dar modo al chirurgo di ridurla senza anestesia la settimana seguente. Ma ritornato il bambino dopo una settimana, con grande sorpresa l'A. e gli altri constatarono che la testa del femore si era fissata stabilmente nell'acetabolo. E l'A. rimase così colpito dall'inatteso risultato che tentò il metodo su tutti i piccoli bambini con lussazione congenita dell'anca venuti sotto la sua osservazione quando per la prima volta cominciavano a camminare. In un anno praticò il metodo su venticinque pazienti, e solo in un caso fu obbligato a mettere un appa-

recchio per mantenere la testa nell'acetabolo; conosce solo un altro caso nel quale si dovè pure ricorrere all'apparecchio in un altro istituto.

Tecnica. — Il bacino è tenuto fisso da un assistente; la coscia viene flessa completamente sull'addome; si esercita sul ginocchio una pressione onde spingere la testa del femore sotto l'acetabolo.

E mentre la gamba, flessa, viene ruotata all'esterno, le dita dell'altra mano spingono in alto, nell'acetabolo, la testa del femore.

L'intero processo si compie in meno di un minuto. Il bambino è posto subito a terra e gli si permette di camminare; in un caso un bambino di due anni traversò camminando sette padiglioni nel lasciare l'ambulatorio, subito dopo la riduzione.

L'A. si propone di riferire dopo un anno, e presentare radiogrammi della lussazione dell'anca e della sua riduzione, nonchè fotografie dimostranti l'accorciamento dell'arto e l'effetto della cura. Allora sarà trascorso tempo sufficiente per apprezzare qual percentuale di cure perfette si può ottenere con qusto nuovo metodo.

Il metodo non è applicabile a bambini che hanno camminato sull'arto affetto sei mesi o più: allora è invece applicabile il vecchio metodo di Lorenz. Il bambino di maggior età nel quale fu possibile all'A. ottenere la riduzione col suo metodo aveva due anni e mezzo.

Molti bambini così curati furono riveduti nell'ottobre 1919 dai soci del Collegio Americano dei chirurgi.

Conclusioni. — Dalle osservazioni di Thompson, Davis, e altri anatomici si può concludere che:

1° Prima che il bambino sopporti peso sull'arto malato, e quindi prima che si producano contratture dei muscoli e dei legamenti, sono normali in una larga percentuale di casi l'acetabolo e la testa e il collo del femore.

2° Prevalendo queste condizioni normali, non vi è motivo per non considerare la lussazione congenita alla stregua di una lussazione traumatica, e di non ridurla nello stesso modo, permettendo poi al bambino di camminare.

Questo metodo diverrà quello di scelta se si considera, in confronto col metodo di Lorenz, l'alta percentuale di buoni risultati ottenuti, con risparmio grande di tempo e di sofferenze morali. Occorrerà far seguire la fissazione in apparecchio solo nei pochi casi di mancata ritenzione.

Dott. RAIMONDO DORIA.

DERMATOLOGIA.

Diagnosi e cura delle varie forme di alopecia nell'adulto.

(R. SABOURAND. *La Medicina Ibera*, 26 giugno 1920)

L'A., premesso che nella pratica professionale questo capitolo di patologia è tra i meno noti, ne fa un quadro sintetico praticamente interessante dal punto di vista diagnostico e terapeutico.

Dinanzi ad un adulto che accusa caduta dei capelli, bisogna anzitutto stabilire se questi cadono a chiazze od in maniera diffusa. Nel primo caso si potrà pensare all'alopecia areata.

Ma se i capelli cadono diffusamente e la loro caduta è rapida e molto intensa, si tratterà di alopecia secondaria a malattie infettive. Se la caduta è scarsa in alcuni tratti ed in altre zone più abbondante, si tratterà di alopecia seborroica, che può essere comune ai due sessi, ma che di solito soltanto nell'uomo potrà portare alla calvizie.

I. *Caduta dei capelli a chiazze.* — Numerose infermità possono determinare questa forma di alopecia: la tigna favosa, il lupus eritematoso, l'acne e la follicolite, gli ascessi periforuncolosi, l'impetigine, la pseudo-area di Brocq, ecc.; ma tutte insieme queste cause forse non rappresentano un decimo dei casi di alopecia areata.

Nell'alopecia areata la chiazza alopecica si ingrandisce lentamente di giorno in giorno, per caduta progressiva dei capelli alla periferia, e la superficie cutanea è liscia e lucida, ma normale. Di solito nella parte periferica si osservano alcuni punti neri nello spessore della pelle, dovuti a gruppi di cellule corticali residui nell'orificio pilare, ed inoltre si osservano in minore o maggior numero dei monconi di capelli peladici, a forma di punti ammirativi o di clave molto caratteristiche. Si manifesta dapprima una sola chiazza alopecica, alla quale possono far seguito altre più o meno numerose.

La diagnosi generica di alopecia areata dovrebbe essere facile. Ma è la diagnosi etiologica di questa forma morbosa, che allo stato attuale delle nostre conoscenze, può ancora lasciarci nell'imbarazzo o nel dubbio. Vi sono rari casi di alopecia famigliare ereditaria, di cui ci sfugge la causa prima, e che sono ribelli alle cure. Vi sono i casi di alopecia attribuiti alla fuoruscita del dente del giudizio (Jacquet), accompagnati dai fenomeni congestizi e dolorosi della mandibola: l'estirpazione del dente, più che la cura locale, darà la guarigione. C'è l'alopecia della menopausa, ordinariamente be-

nigna, della durata da 6 a 8 mesi, che cede alla opoterapia ovarica.

Esiste infine un gran numero di casi di alopecia areata che decorrono senza alcun sintomo generale, nei quali non è difficile scoprire la causa nell'infezione sifilitica ereditaria o acquisita tardiva. La sieroreazione, l'anamnesi remota, le stigmate eredo-luetiche soccorreranno in questa indagine. Questo concetto etiologico è ancora allo studio: ma ne risulta sempre più evidente e preponderante l'importanza della sifilide nella genesi dell'alopecia areata. In questi casi naturalmente si impone la cura specifica interna.

Il trattamento locale dell'area Celsi presenta due indicazioni: cercare di preservare le regioni sane circostanti dalla diffusione del processo peladogeno. A questo scopo, nei casi gravi si ricorre alla pomata all'olio di cade, nelle forme lievi alle lozioni toniche stimolanti. Per la cura delle chiazze alopeciche si ha tutta una serie numerosa di sostanze stimolanti: acido acetico cristallizzato in etere $^1/_{30}$, ammoniaca liquida al 50 %, acido crisofanico in cloroformio 1 %.

II. *Alopecie post-infettive.* — In questi casi spesso il paziente ignaro tende a trarre il medico fuori di strada nella ricerca del fattore causale della caduta dei capelli.

In tutte le regioni del cuoio capelluto la minima trazione basta per far cadere numerosi capelli, a centinaia ed a migliaia. La cute è integra. La caduta dei capelli è più o meno uniformemente diffusa, l'occipite di solito ne è meno colpito, non si osservano chiazze di calvizie completa.

Importa poco la natura della malattie infettiva che ha preceduto l'alopecia: può essere stata l'influenza, il tifo, la polmonite, l'appendicite, la febbre puerperale, le febbri eruttive esantematiche, ecc. Più che alla malattia infettiva, la caduta dei capelli pare dovuta all'ipertermia.

Qualunque ne sia la causa, l'alopecia si manifesta da 60 a 85 giorni dopo, dura circa dieci settimane, si arresta spontaneamente, e così pure spontanea è la rinascita dei capelli. Il capello si mortifica durante la malattia febbrile, e viene a cadere dopo un così lungo intervallo di tempo.

È perfettamente inutile il taglio dei capelli, perchè non ne farà mai diminuire od arrestare la caduta in corso.

Con uno spazzolino abbastanza duro, capace di esercitare un'azione revulsiva, si possono praticare lozioni toniche stimolanti, per es. con:

Alcoolato di lavanda		gr. 20
Acetone anidro		„ 30
Idrato di potassio . . .	ana	„ 0.50
„ di pilocarpina . .		
Acqua distillata		„ 30
Alcool a 90° q. s. per		„ 300

Si può dire però che la rinascita dei capelli seguirà spontanea e regolare, se non interverrà qualche altra malattia locale, per esempio una seborrea. Può darsi per esempio il caso di una persona giovane, alla vigilia di diventare calvo per seborrea, colpito da febbre tifoide. Dopo tre mesi circa egli diventerà quasi completamente calvo; ed in seguito i capelli ricresceranno poco o male, perchè il soggetto è stato precedentemente un seborroico con alopecia cronica progressiva.

Può d'altra parte darsi il caso di chi accusa un'alopecia apparentemente identica alla precedente: caduta dei capelli massiva considerevole diffusa, ma non accompagnata da alcun sintomo generale nè preceduta da causa apparente, tanto meno da malattia febbrile. Osservando da vicino ed attentamente il cuoio capelluto, si noterà che la caduta dei capelli non è uniformemente diffusa, e che invece si osservano piccole chiazze alopeciche lenticolari più o meno numerose. Passando ad un esame generale del soggetto, si scopriranno i segni di una sifilide ignorata in periodo secondario. Se l'anamnesi è muta, se lo stato obbiettivo è dubbio, si ricorrerà alla sieroreazione.

III. *Alopecia da seborrea.* — Questa forma di alopecia colpisce la parte mediana del capillizio, è meno accentuata delle precedenti, a decorso molto più lento, continuo ed insieme accessuale, di lunga durata.

Nell'uomo digrada dal vertice verso i due angoli fronto-parietali e verso la sommità dell'occipite nella sede della tonsura ecclesiastica.

Nella donna è più diffusa ed occupa tutta la metà anteriore del cuoio capelluto. Esordisce di solito dai 17 ai 22 anni in ambedue i sessi.

Presenta dei periodi di remissione e dei parossismi; questi ultimi particolarmente nella stagione estivo-autunnale. I capelli sono grassi, opachi, attaccati; la cute è spalmata da essudato grasso liquido o semisolido (seborrea pura), talvolta misto a squamelle forforacee spesso giallastre imbibite di grasso. In questi casi, per avere un giudizio esatto, bisogna che il cuoio non sia stato lavato prima della visita.

La metà circa degli uomini hanno la tendenza alla calvizie; la metà delle donne, senza arrivare a diventar calve, continuano a perdere i loro capelli durante tutta la vita.

La calvizie non è esclusiva dei vecchi; l'alopecia seborroica prematura è la più grave. La calvizie precoce si verifica fra i 24 e i 28 anni: e suole iniziarsi fra i 15 ed i 16 anni, spesso nella vita di collegio. In quest'età si ritiene dai più che i capelli rinasceranno rigogliosi spontaneamente; e però tardi si ricorre alle cure adatte, quando almeno nell'uomo non v'ha più speranza di guarigione.

Spesso si cerca la causa dell'alopecia nelle condizioni dei reni, dello stomaco, del sangue, ecc., ed a questi organi si orienta il concetto terapeutico. Ma nella seborrea la cura dev'essere specificamente locale.

Ma si può sostenere che la seborrea è un'affezione esclusivamente locale, microbica esogena? Il problema è complesso e di difficile risoluzione, perchè la flora batterica della seborrea è sempre identica.

Ogni orificio pilifero alberga una colonia del fine bacillo caratteristico della seborrea: e se esso non è la causa del flusso seborroico, certo ne è espressione costante.

Ma d'altra parte la calvizie, la seborrea alopecizzante del cuoio capelluto presentano rapporti costanti con lo sviluppo del sesso parallelamente a questa infezione. Si verifica nella stessa età, ha decorso presso a poco identico in tutti i casi, varia di tipo ma non nei caratteri fondamentali da un sesso all'altro.

Una statistica dell'A. di oltre 300 casi non contraddice l'affermazione di Ippocrate e di Aristotele che gli eunuchi non diventano mai calvi. Questo fatto comprova l'influenza della sessualità nella seborrea del cuoio capelluto. La seborrea nella donna si arresta di solito al terzo mese di gravidanza, e si ridesta tre mesi dopo il parto. La seborrea presenta sempre il suo periodo di maggiore attività e poi declina, parallelamente alle attività sessuali.

Come spiegare logicamente la doppia origine della seborrea, microbica e sessuale? Si può farlo solo per via di ipotesi. È possibile che gli acidi grassi della pelle, che cambiano di odore secondo l'età ed il sesso, diventino anche ostili o favorevoli ad un'infezione microbica.

Per la seborrea il fenomeno sarebbe inverso a quanto si verifica per le tigne tonsuranti, che non attecchiscono a sviluppo sessuale completo.

Quanto alla cura dell'alopecia seborroica, si può dire che non si conoscono mezzi di cura generale. L'opoterapia potrebbe correggere le secrezioni interne delle glandole sessuali, secondo l'ipotesi suesposta; ma nessun fatto positivo conforta quest'indirizzo terapeutico. Inattendibili sono anche i tentativi fatti di cura vaccinica antiseborroica, che potrebbe rendere il terreno inaccessibile al microbacillo, a causa della difficile coltivabilità di esso bacillo.

Rimane la cura locale. Quando si è stabilito uno stato di calvizie, ogni cura è inefficace. Ma una cura iniziata a tempo, ben fatta e prolungata può far migliorare l'alopecia seborroica ancora in atto, e sopra tutto nella donna.

Il medicamento per eccellenza degli stati seborroici è lo zolfo, associato o no al catrame di pino o di ginepro, all'essenza di cedro, secondo le circostanze (pitiriasi iperseborroica, ecc.). Ma non sempre lo zolfo è ben tollerato, e frequenti sono i casi di idiosincrasia. Si possono avere talvolta delle dermatiti artificiali violenti, che ne controindicano l'uso.

Malgrado tutto, lo zolfo rimane il rimedio principe per i seborroici: per esso molte donne conservano i capelli, e molti uomini possono ritardare anche a lungo il decorso della calvizie.

Si può applicare sotto forma di pomate, polveri, sospensioni, soluzioni. Comunque si adoperi, i suoi effetti benefici non appaiono prima di due o tre mesi. Nella donna basteranno da 1 a 3 applicazioni la settimana e un lavaggio; nell'uomo occorrerà ripeterlo ogni sera, ed ogni mattina l'abluzione di nettezza. È ingiustificato il pregiudizio che i lavaggi nuocciano ai seborroici e affrettino il *defluvium* dei capelli. Specialmente nella donna bisogna adoperare i saponi neutri, perchè la soda e la potassa possono avere un'azione litica sulle parti estreme dei capelli e romperli o dividerli longitudinalmente.

Riportiamo le formule delle preparazioni solfuree che l'A. consiglia, avvertendo che esse debbono essere sempre adattate alle particolarità sintomatiche del caso singolo.

Pomata	Solfo precipitato e lavato. .	gr. 1
	Ittiolo	„ 1
	Vasellina	„ 30
Polvere	Solfo precipitato e lavato	ana gr. 10
	Ossido di zinco	
	Talco veneto	
Lozioni	Solfo precipitato e lavato .	gr. 10
	Alcool di limone.	„ 20
	Glicerina neutra	„ 10
	Acqua distillata q. s. per	c. c. 120
Soluzioni	Solfuro di carbonio .	c. c. 300
	Solfo precipitato e lavato	gr. 10

Questa soluzione è fortemente infiammabile, di cattivo odore, e localmente irritante; inconvenienti però che durano appena mezz'ora dopo l'applicazione.

P. SABELLA.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA.

I postumi dell'appendicectomia.

Enriquez (*Journal de Méd. et de Chir. pratiques*, 1920), studiando le sequele che in alcuni casi lascia l'appendicectomia, stabilisce che i segni sui quali ci basiamo per diagnosticare l'appendicite cronica e perciò consiglianti l'ablazione dell'appendice, corrispondono ad altre modificazioni anatomiche della fossa iliaca destra piuttosto che all'appendice stessa.

È fuor di dubbio intanto che numerosi malati operati di appendicite cronica non sono nè guariti nè migliorati dopo l'intervento: d'onde viene questo considerevole numero di insuccessi?

Anzitutto è noto che alle lesioni della appendicite si aggiungono numerose lesioni di vicinanza (pericolite adesiva, epiploite più o meno estesa, ecc.).

Nella maggior parte dei casi è l'epiploite che realizza la lesione responsabile della persistenza della sindrome clinica, e Walter perciò, che su ciò insiste da lunghi anni, non esita in ogni intervento ad esaminare minutamente lo stato dell'epiploon ed a resecarlo ovunque presenti un aspetto macroscopico anormale.

Il più spesso, la sindrome clinica degli operati di appendicectomia che continuano a soffrire, rammenta punto per punto gli stessi disturbi gastrici ed intestinali che esistevano prima dell'intervento: ad essi si aggiungono sovente costipazione molto più accentuata che prima dell'operazione, e crisi dolorose parossistiche sopravvenienti nella defecazione.

Le sequele, però, in genere, dell'appendicectomia, possono essere ridotte a due grandi varità cliniche:

1° Una prima forma è caratterizzata da cattivo stato generale con deglobulizzazione accentuata e lieve febbre serotina diminuente col riposo ed aumentante con il cammino: si pensa alla tubercolosi latente e si inviano i malati ai sanatorî; oppure si pensa alla malaria, alla febbre di Malta: una radioscopia è negativa, ed allora si interviene, si trovano placche estese di epiploite, tolte le quali la guarigione è rapida.

2° In una seconda forma manca la febbre, ma sono più accentuati i disturbi funzionali gastro-intestinali. Anche qui l'esame radioscopico decide.

Esso nella prima forma ci dà:

Stomaco tonico od ipertonico: piloro attirato verso l'angolo colico destro;

Angolo colico destro attirato verso la linea mediana;

Fissità dell'estremo inferiore del cieco.

Ritardo più o meno marcato dell'evacuazione dell'ileo nel cieco (le anse del tenue contengono, 10-12 ore dopo l'ingestione, bismuto);

Localizzazione dolorosa di punti riferibili all'epiploite.

Si tratta insomma di perivisceríte (lesioni infiammatorie).

Nella seconda forma la sindrome è specialmente meccanica:

Stomaco atonico, ptosico, con regione pilorica più o meno dilatata;

Intestino crasso fortemente ptosico: suoi angoli abbassati;

Cieco mobile: l'ascensione dell'estremo inferiore raggiunge e sorpassa, nella posizione sdraiata, 10 cm.

Stasi del bismuto nell'ileo, accentuata.

Da questi fatti la conclusione pratica che ne viene è la necessità, in prima linea, di un esame radioscopico completo in posizione eretta e sdraiata, con esplorazione metodica sotto lo schermo praticata dallo stesso medico. In secondo luogo è chiara la insufficienza (tranne che nei giovani soggetti) delle incisioni piccole mediante le quali si toglie l'appendice senza poter esplorare l'angolo ileocecale, il cieco, l'angolo colico destro, l'epiploon.

MONTELEONE.

La spirillosi intestinale.

Per parlare di spirillosi intestinale non è sufficiente rinvenire nelle feci di un diarroico degli spirilli, ma come ben definisce R. Pecker (Parigi, 1920), si può parlare di spirillosi intestinale allorchè il numero di tali spirilli sia notevolissimo ed allorchè nei disturbi dal p. accusati non vi sia altra causa microbica in giuoco.

Larrier descrive due tipi di spirilli intestinali: una forma a larghe ondulazioni (*Spirochoeta eurygyrata* Werner) ed una a fine ondulazioni (*Spirochoeta stenogyrata*). Le preparazioni a fresco rivelano anche tali spirilli agglomerati a stella, a castagna spinosa: sono estremamente mobili e flessibili.

Disgraziatamente manca la prova sperimentale dell'azione patogena di tali spirilli: sono essi testimoni della diarrea o la causa?

Il quadro clinico della spirillosi intestinale tutt'altro che uniforme, può simulare tutte le sindromi intestinali: per lo più l'inizio è subdolo, poi il malato presenta periodi alternati di diarrea e costipazione, disturbi gastrici vari, inappetenza, spesso domina la scena un'astenia ed un dimagramento più o meno accentuato. In altri casi l'inizio è violento con vivi dolori addominali, diarrea frequente con tenesmo: il dimagramento è notevole, il viso è pallido. La palpazione dell'addome mette in evidenza zone dolorose qua e là, talora un lieve gorgoglio cecale, talora stasi fecale.

Possono esistere piccole elevazioni serotine.

Nel sangue può esistere una lieve anemia, talora una lieve polinucleosi con o senza eosinofilia.

Abbiamo forme enteritiche, forme coliche, forme recidivanti e cachettizzanti, forme coleriche.

Pecker come terapia usa l'arsenico e somministra il novarsenobenzolo in compresse da 0.10 per tre giorni e di nuovo per egual periodo con tre giorni d'intervallo.

N. F. (*Journal des Praticiens*, n. 37, 1920) non condivide con il Pecker l'idea della patogenicità dello spirillo, basandosi sul buon effetto della cura arsenicale in quanto il novarsenobenzolo è un ottimo rimedio delle dissenterie amebiche. L'A. afferma che solo allora occorrerà ammettere come causa dei disturbi succitati gli spirilli, allorchè sarà dimostrato che gli spirilli di tale famiglia sono patogeni ed inoculabili per l'uomo o per gli animali.

MONTELEONE.

Ostruzione quasi completa del rettò per dissenteria.

R. H. Mc'e (*Chin. med. Journ.* e *Medical Review*, settembre 1920) riporta la seguente osservazione:

Circa due anni prima di entrare all'ospedale, un uomo di 58 anni ebbe un attacco di dissenteria; dopo una quindicina di giorni scomparve il sangue dalle feci, ma rimase una notevole difficoltà di defecazione, per cui l'individuo emetteva con grandi sforzi feci liquide, 4-7 volte nella giornata; in conseguenza di tali sforzi, si ebbe bubonocele sinistro ed ernia inguinale destra. Negli ultimi tempi le feci erano talvolta emesse in forma di uno stretto nastro.

All'esame rettale, si palpava, a circa 10 cm. dall'ano, un tampone duro, a superficie vellutata che bloccava tutto il canale; non vi erano nè emorragia, nè aderenze, nè ulcerazioni.

Per la via perineale, venne asportata la porzione inferiore del retto, e la rimanente mobilizzata in modo da fare aderire i margini alla cute, ottenendosi la guarigione.

Il tampone aveva un piccolo canale, per cui potevano passare cinque fiammiferi: aveva una superficie irregolare, ricoperta completamente da mucosa, al disotto della quale v'era una massa dura, che non si poteva comprimere. L'esame microscopico rivelò la presenza di tessuto di granulazione molto vascolarizzato, ricoperto da epitelio squamoso.

Probabilmente il tampone si era formato in corrispondenza di una valvola rettale, per ulcerazione, adesione della parete opposta e riparazione con tessuto di granulazione diventato poi fibroso.

r. s.

Il talco come succedaneo del bismuto nelle affezioni gastro-intestinali.

Affatto recentemente, Hayem, ha proposto all'Accademia di Medicina di Parigi l'uso del caolino, invece del bismuto (molto caro e talora tossico per impurità) nelle gastropatie: tale medicamento, sotto il nome di *bolus alba*, è da tempo usato come antidiarroico, specialmente dai tedeschi.

Dresch (*Journ. d. Praticiens*, 1920, pag. 407) consiglia di usare invece il talco, che è un prodotto analogo al caolino, essendo entrambi silicati idrati, il primo di magnesio, il secondo di alluminio. Esso è inalterabile, non presenta incompatibilità, è atossico (200 gr. sono stati presi senza inconvenienti); è antidiarroico, senza produrre successivamente costipazione; a differenza del caolino, non allappa la lingua e scivola invece facilmente nell'esofago. Si prende a digiuno, a grosse cucchiaiate, sospeso nell'acqua a cui si può aggiungere un poco di gomma, e qualche aroma secondo il gusto. Si possono anche aggiungere all'emulsione altri medicamenti, quali la tintura di bella donna, di giusquiamo, l'oppio, il condurango ed anche uno o più centigrammi di fluoruro di sodio.

fil.

Trattamento dell'anchilostomiasi.

Tenuto conto che l'anchilostomiasi si localizza in una limitata parte dell'intestino (nella prima porzione del digiuno) e solo nelle forme gravi si diffonde più in alto e più in basso, I. L. Kantor (*Journ. Am. med. Assoc.*, 18 ottobre 1919) ha pensato di introdurre il vermifugo direttamente o quasi nel punto abitato dal parassista. Ciò offre diversi vantaggi perchè aggredisce direttamente il verme in una sola volta con dose *massiva*.

Alla sera il paziente sta a dieta leggera (riso, latte): al mattino, a digiuno, gli si fa ingoiare il tubo duodenale, che si fa penetrare fino al duodeno, ciò che è dimostrato dal fatto che, con l'aspirazione, si ottiene bile che non dà reazione con la carta di Congo, mentre la maggior parte dell'acqua, che si introduce, passa nell'intestino. Si introduce allora a traverso la sonda, il vermifugo, che nel caso dell'A. è stato l'olio di chenopodio, molto usato agli Stati Uniti. La dose è di 2-3 cmc. Si fa seguire l'iniezione di una certa quantità di aria per scacciare dal tubo i residui dell'olio, e poi si introducono 60-80 cmc. di soluzione satura calda di solfato di magnesia, per impedire l'assorbimento dell'olio, che potrebbe determinare fenomeni tossici.

Con 3-5 scariche, si ha l'eliminazione di molti anchilostomi.

Il metodo è utile e non presenta seri pericoli: in un solo caso l'A. osservò collasso, in seguito a somministrazione di alta dose (5 cmc.) di olio di chenopodio.

fil.

DIAGNOSTICA.

Tabelle per diagnosi differenziale.

EMBOLISMO CEREBRALE.	TROMBOSI CEREBRALE.
Cause. — Di solito associato con lesioni valvolari del cuore, aneurismi o trombo suppurato.	*Cause.* — 1. Arteriosclerosi, ateroma, malattie sifilitiche delle arterie. Il morbo di Bright e l'alcoolismo vi predispongono. 2. Compressione sulle arterie o vene (tumore, ascesso).
Età. — Specialmente nei giovani e negli adulti.	*Età.* — Nei vecchi; se nei giovani, proviene da sifilide.
Modo di manifestarsi. — Improvviso, senza sintomi prodromici.	*Modo di manifestarsi.* — Gradatamente, con sintomi prodromici.
Convulsioni. — Rare.	*Convulsioni.* — Non rare, essendo spesso affetta la corteccia.
Paralisi. — Emiplegia destra improvvisa con afasia. L'arteria cerebrale media di sinistra è presa più spesso.	*Paralisi.* — Più graduale: l'afasia non è altrettanto comune, poichè può essere preso l'uno o l'altro lato.
Coscienza. — Non sempre interamente abolita.	*Coscienza.* — Spesso non è perduta: può aversi gradatamente coma, dopo l'emiplegia.

(Dal *Medical Record*).

l. b.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1223) All'abb. n. 6136:

Resta sempre un'opera magistrale sull'*acromegalia* il libro di Cushing: *The Pituitary Body and its disorders* (1912).

Ampie notizie specialmente per quanto riguarda la fisiopatologia troverà nel

Biedl: *Innere Sekretion*, 1913.

Falta: *Die Erkrankungen der Blutdrüsen*, 1913.

Pende: *Endocrinologia*, 1916.

t. p.

(1224) All'abb. n. 10789:

Trattati pratici di malattie della pleura, dei polmoni, della trachea e dei bronchi, editi da Case italiane sono il vol. XXIX del trattato di Gilbert e Thoinot del 1911. (Unione Tipografico-Editrice Torinese), e il vol. II, parte 1ª del Mohr e Stahelin. (Società Editrice Libraria).

t. p.

(1225). All'abb. n. 8975:

Ella desidera conoscere tipi o monografie le quali trattino della «medicina empirica» degli arabi fin dai tempi antichi; cioè ama avere l'elenco di un'intera enorme biblioteca.

Mi limiterò ad alcuni nomi: oltre alla storia del Puccinotti, consulti:

P. J. AMOREUX: *Essai historique et littéraire sur la médecine des Arabes*, Montpellier, 1805.

A. FAVROT: *La nomenclature médicale des Arabes*, Paris, 1868.

L. LECLERC: *Histoire de la médecine arabe*, Paris, 1876.

E. L. BERTHERAND: *Contribution des Arabes au progrès des sciences médicales* (Paris méd., 1883).

S. FURNARI: *De la médecine chez les Arabes* (Gaz. des Hôp., 1843).

A. P. PIORRY: *Médecine des Arabes* (Dictionn. des sc. méd., Paris, 1819, XXXI).

g. b.

(1226) All'abb. n. 11501:

Sui corsi di perfezionamento diamo tutte le notizie che ci pervengono nella rubrica «Notizie diverse». Scorra questa rubrica.

R. B.

(1227) All'abb. n. 3276:

Veda la risposta data lo scorso anno sotto il n. 1091 (fasc. 23, a pag. 729).

L. P.

(1228) Al dott. L. B. da S. F.:

Veda la risposta data nel 1918 sotto il n. 927 (fasc. 9, pag. 212). L. P.

CENNI BIBLIOGRAFICI

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

VON DOMARUS: *Taschenbuch der klinischen Hämatologie.* 2ª edizione. Un vol. in-16 di 180 pag. con una tavola colorata; rilegato. — Georg Thieme, ed., Lipsia. — Prezzo L. 7, più 25 per cento.

Il piccolo manuale di Von Domarus fornisce ai medici pratici le principali nozioni di ematologia, senza addentrarsi in ingombranti disquisizioni teoriche. Nella prima parte l'A. dà chiari e particolareggiati consigli di tecnica limitandosi ai metodi principali. Tratta in seguito le malattie del sangue, propriamente dette (leucemie, anemie, morbo di Hodgkin, di Banti, ecc.). Utili sono i brevi capitoli sull'aspetto del sangue nelle diverse malattie. La parte sulla röntgenterapia delle malattie del sangue è scritta da H. Rieder.

fil.

AIMES A.: *La pratique de l'héliothérapie.* Un vol. in-8 di 240 pag., con figure e tavole. — A. Maloine & fils, editori, Parigi. — Prezzo franchi 11.

L'elioterapia ha assunto in questi tempi una importanza notevole e, trattandosi di un metodo alla portata di tutti e di indiscussa efficacia, va conosciuta nelle sue indicazioni e controindicazioni. In questo volumetto, che è alla sua terza edizione, l'A. mette al corrente il lettore sullo stato attuale della questione trattando dapprima l'azione fisiologica della luce solare e passando in rivista imparziale le indicazioni nelle affezioni tubercolari (polmonare, chirurgica, ecc.) e non, nella ginecologia, nelle affezioni congiuntivali, ecc. L'importante questione della tecnica è fissata dall'A. che vi dedica un intiero capitolo.

r. s.

ROGER HYVERT: *Vade-mecum de poche du praticien.* Un vol. in-16 di 636 pag. — A. Maloine & fils, editori, Parigi. — Prezzo fr. 13.

Ricettario, in cui la materia è disposta per ordine alfabetico delle malattie o dei sintomi da trattare. Ai brevi cenni diagnostici seguono le indicazioni terapeutiche, opportunamente scelte e vagliate. Tabelle posologiche, cenni sui principali esami clinici, ecc., completano l'utile volumetto.

Questo si raccomanda ai nostri pratici, sia pure a semplice titolo di riferimento. Nell'eseguire le prescrizioni bisognerebbe tener conto delle differenze che intercedono tra la nostra farmacopea e quella francese).

l. b.

PARKER J. e PARKER W. N.: *An elementary course of practical Zoology.* V edizione. Un volume in-16 di 618 pag. con fig. — Macmillan e Co., Londra.

Il manuale incomincia con la descrizione di uno dei più comuni animali da laboratorio, la rana, di cui vengono studiati i caratteri esterni, l'anatomia macroscopica e microscopica. Man mano che si offre l'occasione, gli AA. dànno i necessarî consigli di tecnica anatomica ed istologica e fanno le opportune considerazioni di biologia.

Lo studioso, che abbia seguito bene questi insegnamenti, si trova già in possesso di sufficienti cognizioni tecniche e dei principî generali di osservazione e di descrizione. Esso viene quindi guidato ad osservazioni più delicate o complesse di altri rappresentanti le diverse suddivisioni zoologiche (protozoi, vermi, crostacei, pesci, mammiferi). In tal modo attraente, lo studio della Zoologia può venir fatto sul vero e non sulle descrizioni di un qualsiasi manuale. Il volume può esser utile anche ai medici occupati nei laboratorî, fornendo loro le opportune indicazioni anatomiche sui comuni animali da esperimento.

fil.

G. M. RAO: *Igiene e profilassi delle malattie infettive. Disinfezione. 2ª edizione.* Vol. in-16 di pag. 140. — Palermo, Arti Grafiche, S. Pezzino & Figlio, 1919.

Il Rao è uomo dall'attività molteplice e fattiva: questo lavoro non costituisce che una delle estrinsecazioni dei suoi studi e della sua versatilità. Egli non è laureato in medicina ma si è reso benemerito dei servizi igienici nella città di Palermo, sovratutto durante recenti epidemie di vaiolo e di colera, come lo attestano entusiasti certificati rialasciatigli dal prof. Manfredi, dal prof. Pollaci, dall'ispettore generale della Sanità Pubblica dott. Druetti, ecc.

Il lavoro è condotto con impegno.

Una prima parte tratta dell'igiene delle malattie infettive, in un modo forse troppo generale. Una seconda parte è consacrata alle disinfezioni, con speciale riguardo all'uso della formaldeide e dei suoi derivati e del vapore; accenna alle disinfestazioni. Volendo essere obbiettivi, diremo che non sempre è operata una saggia discriminazione tra i mezzi proposti: non staremo a portarne gli esempi.

R. B.

P. CESARIS (farmacista capo all'Ospedale Maggiore di Lodi): *Nuovo dizionario di chimica, farmacia, materia medica e scienze affini, ecc., ad uso dei medici, farmacisti e veterinari.* Supplemento alla IV edizione. Un opuscolo in-8 gr. di pag. 16. — Lodi, Soc. Tip. Succ. Wilmenant, 1920. — Prezzo L. 2.50.

Possiamo attestare, in base alla nostra propria esperienza, che il dizionario del Cesaris si rende utilissimo per le consultazioni: il fatto del resto è attestato dal rapido susseguirsi delle edizioni.

Questo breve supplemento all'ultima edizione contiene un elenco di medicinali nuovi, con tutte le notizie relative: esso giova a tenere aggiornato il pregevole lavoro.

R. B.

VARIA

Ancora una cura del cancro!

Le cure del cancro si susseguono e si avvicendano; ma fin'oggi hanno resistito soltanto l'ablazione chirurgica e la distruzione ottenuta con mezzi chimici e fisici (raggi X, radium, diatermia, distruttiva, caustici, ecc.).

Si parla in America di una nuova cura del cancro, la quale porterebbe a guarigioni quasi miracolose! Essa consiste semplicemente nel somministrare i sali di potassio, la cui azione oncolitica venne già riconosciuta dal chirurgo inglese Forbes Ross, che finì per associarli o sostituirli addirittura all'intervento chirurgico.

Il metodo è stato elaborato dal dott. L. Duncan Bulley, medico seniore all'« Ospedale per il cancro e le malattie cutanee » di New York; egli lo descrive nel *Medical Record* del 5 giugno. Si tratta semplicemente di somministrare una mistura a base di acetato potassico, contenente anche tintura di noce vomica ed estratti fluidi di cascara e di radice di rumex.

Ecco, in misure decimali, la ricetta del Duncan, che a dire il vero non ci sembra troppo chiara: acetato di potassio gr. 30, tintura di noce vomica gr. 15, estratto fluido di cascara da gr. 3 fino a gr. 120, estr. fl. di radice di rumex fino a gr. 120; un cucchiaino da tè mezz'ora prima di ogni pasto in mezzo bicchier d'acqua.

Si deve avvertire che la tintura di noce vomica americana contiene almeno due volte e mezzo meno principî attivi di quella italiana: cosicchè facendo la prescrizione in Italia, bisognerà limitarsi a 5 grammi di tintura. D'altra parte l'estratto di rumex non si usa presso di noi; siccome si tratta di un ingrediente quasi inattivo, che ha soltanto lo scopo di portare, ove occorra la massa totale a 120 cmc., si può sostituirlo con un altro estratto indifferente o quasi, per es., di genziana. La quantità di cascara deve variare in modo da ottenere sempre due scariche alvine al giorno: il fortissimo divario tra la dose minima e la massima è inerente da una parte alla diversa sensibilità dei vari individui di fronte a questo rimedio e dall'altra all'abitudine, che rende necessario di crescere gradatamente la dose.

Anche la quantità di acetato potassico può aumentare molto. L'A. però non supera, di solito, pochi grammi al giorno, mentre Ross ricorreva a dosaggi molto più elevati.

A complemento della cura farmaceutica, si devono sopprimere la carne (meglio ancora tutti i cibi animali), i nervini (tè, caffè) e l'alcool. Nell'articolo originale sono contenute molte altre indicazioni di dettaglio.

La cura deve durare per mesi.

Casi prossimi alla fine sarebbero guariti perfettamente!!

Non è possibile difendersi da un vivo senso di diffidenza e di scetticismo; malgrado però l'evidente inverosimiglianza, non v'è alcuna ragione per non tentare il metodo nei casi disperati.

V.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

DEL GUASTA GINO. *Sulla patogenesi della corea del Sydhenann.* — Pisa, 1919.

DAGNINI GIUSEPPE. *Cloni multipli simultanei nell'encefalomielite epidemica.* — Parma, 1920.

D'ONGHIA FILIPPO. *L'albuminuria nei tubercolotici.* — Napoli, 1919.

MARTINOTTI GIOVANNI. *Sulla vaccinazione antitubercolare.* — Bologna, 1920.

D'ONGHIA FILIPPO. *Il meccanismo delle emozioni e della mimica.* — Napoli, 1919.

REMEDI V. *Sopra cento casi di tubercolosi chirurgiche trattati col vaccino antitubercolare Martinotti.* — Bologna, 1920.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

I medici e le assicurazioni sociali.

È stato ripetute volte enunciato che il Ministro Labriola ha personalmente studiata e preparata una Legge per l'assicurazione obbligatoria contro le malattie.

Pare che il progetto sia passato dall'uno all'altro Dicastero incontrando contrasti non lievi, ma finalmente, a quanto annunzia la stampa politica, è stato approvato dal Consiglio dei Ministri il 20 and.

Nessuno protesta e nessuno si duole di questo ritardo, e ciò, a mio modesto avviso, costituisce un sintomo di buon senso da parte del popolo italiano. La discussione è ancora aperta sulla necessità di questa nuova assicurazione e sopratutto sul modo di applicarla, ed è quindi bene procedere con prudenza in una materia controversa e che minaccia di costituire un grave peso economico per la nazione, ed un carico finanziario non indifferente per le già stremate risorse dello Stato.

Vero è che ai primi entusiasmi è succeduta una fase di prudenza che fa procedere con circospezione se non con incertezza.

Le esperienze fatte in altre nazioni non sono state tali da indurre senz'altro a seguirle. Infatti la assicurazione obbligatoria contro le malattie in Germania non è stata esente da gravi inconvenienti, mentre in Inghilterra non se ne è troppo soddisfatti. In America, facendo tesoro dell'esperienza degli altri, non si pensa, o si è tutt'altro che propensi, ad adottare tale sistema di assicurazione.

Noi, in Italia, oltre che dell'esperienza degli altri dovremmo giovarci di quella fatta in casa nostra. Ogni medico sa quale verminaio di frodi e di frodatori abbia suscitato la legge degli infortuni sul lavoro. Questa legge, mal concepita e peggio applicata, la quale doveva lenire le sventure, si è risoluta in una speculazione indecorosa con l'esclusivo vantaggio di qualche medico e di molti legali procaccianti. Tutte le risorse degli istituti assicuratori sono divorati dai piccoli infortunati e dai loro patrocinatori, mentre la vera, la grande sventura è inadeguatamente indennizzata.

Non è dubbio che tali risultati si devono in buona parte a medici compiacenti, o peggio, i quali hanno perciò discreditata la nostra classe.

L'assicurazione obbligatoria contro le malattie moltiplicherebbe le ragioni di frodi e quel che più conta per noi ci coinvolgerebbe in un sistema di possibili connivenze che minaccerebbe il nostro decoro ed il nostro prestigio. In effetti il problema più intricato in fatto di assicurazioni contro le malattie più che dal periodo di carenza e della quantità di sussidio da corrispondersi al malato, è costituito dai rapporti fra medici ed istituto assicuratore e fra medici ed assicurati. Vari sono i sistemi proposti e tutti, nessuno escluso, presentano degli inconvenienti gravi. La vivace, e talora intemperante discussione seguita al riguardo è indice della gravità e della difficoltà della quistione. È difficile infatti costituire la figura giuridica o burocratica del medico che goda della fiducia dell'istituto assicuratore e dell'assicurato e che nello stesso tempo provveda ai propri interessi. Il beneficio della assistenza gratuita che si vuol concedere agli operai pesa enormemente.

La figura del medico fiscale e insieme curante è un ibridismo.

Non è possibile che goda della fiducia schietta ed illimitata del proprio cliente quel medico che deve nei confronti dello stesso cliente essere oculato perchè questi non tenti l'abuso. E di ciò si ha una prova in quanto avviene nelle Ferrovie dello Stato. I medici di reparto hanno l'incarico degli accertamenti fiscali e della cura della grande maggioranza degli agenti.

Ora tranne, si intende, in campagna, dove il medico ferroviario è lo stesso medico condotto, non c'è ferroviere che profitti del diritto concessogli di farsi curare gratuitamente dal proprio medico di reparto.

Le due funzioni, la fiscale e la curativa, non possono essere esplicate dallo stesso medico senza scapito dell'una o dell'altra. Il cliente si troverebbe in confronto del medico in istato di difesa, il medico in quella di sospetto: due stati di animo che turbano il reciproco rapporto di fiducia e di confidenza che deve sempre intercorrere fra medico e cliente. Se il medico attende solo alla cura senza preoccuparsi della sua funzione fiscale non provvede agli interessi dell'istituto assicuratore, se invece le preoccupazioni fiscali prendono il sopravvento rischia di danneggiare la salute dell'assicurato.

Naturalmente le conseguenze del diverso atteggiamento del medico varierebbero a seconda del sistema di compenso, ma sarebbero sempre disastrose, sopratutto finanziariamente, per quel medico che intendesse di adempiere con retta coscienza il mandato commessogli.

A parte quindi ogni considerazione professionale i medici non hanno interesse a sollecitare la istituzione delle assicurazioni contro le malattie, istituzione che in ogni caso menomerebbe quella libertà di giudizio, di azione, di cui essi hanno sempre bisogno per poter convenientemente svolgere la loro attività professionale.

Pangloss.

Cronaca del movimento professionale.

Il premio di smobilitazione ai volontari della Croce Rossa.

Su proposta del Presidente generale della Croce Rossa Italiana, Sen. Giovanni Ciraolo, S. E. il Ministro della Guerra nominò tempo fa una Commissione allo scopo di esaminare alcune richieste avanzate dal personale della Istituzione. La Commissione era presieduta da un Consigliere di Stato e ne furono chiamati a far parte rappresentanti della Croce Rossa e rappresentanti della Federazione degli smobilitati (avv. Pucci Francesco e milite Mastroddi Giovanni).

Detta Commissione ha ora in massima deliberato di proporre a S. E. il Ministro la concessione a tutti gli ufficiali e militi volontari del premio di smobilitazione nella stessa misura degli aventi obblighi militari e un premio, una volta tanto, al personale con obblighi di leva che maggiormente si è distinto ed in proporzione dei meriti acquisiti e del servizio prestato.

La liquidazione dei suddetti premi sarà quanto più possibile affrettata.

Tutto ciò è dovuto all'opera alacre del Presidente della Croce Rossa, che ha difeso e sostenuto col maggiore interessamento le richieste e gli interessi del proprio personale.

Il secondo caro-viveri agli impiegati comunali.

Pare accertato che il Ministro delle Finanze presenterà un progetto di legge per mettere i Comuni in grado di corrispondere ai loro dipendenti la nuova indennità caro-viveri, recentemente concessa agli impiegati dello Stato. Tale misura avrebbe vigore con effetto retroattivo, a decorrere dal 1° giugno u. s.

Il Sindacato Medico di Torino.

Il Sindacato medico della provincia di Torino è ormai costituito, avendovi aderito tutte le Associazioni medico-professionali, esclusi i medici manicomiali, che ancora non si sono organizzati.

Fu nominata la Giunta esecutiva nelle persone dei dottori Pinaroli, Fubini, Oliaro, Angela e Mattioli-Bertacchini.

Sindacato medici ospedalieri delle Tre Venezie.

Il 17 ottobre nell'Ospedale civile di Padova ebbe luogo l'annunciata riunione dei medici ospedalieri delle tre Venezie, chiamati a deliberare su un progetto di statuto per il Sindacato medici ospedalieri del Veneto.

Intervennero rappresentanze di Venezia, Verona, Vicenza, Padova, Camposampiero, Treviso, ecc.

Svolte le comunicazioni informative dell'azione estrinsecata dal Comitato provvisorio, venne discusso il progetto di statuto proposto ed approvato con lievi modificazioni.

Il Sindacato funzionerà per mezzo di un Comitato Centrale e di Comitati provinciali.

La sede del Comitato esecutivo del Sindacato venne stabilita in Padova; le assemblee potranno aver luogo anche in altre città sede di Comitato provinciale.

Salvo quanto riguarda l'ordinaria amministrazione, che è affidata ai singoli Comitati, le deliberazioni relative a qualsiasi vertenza non potranno essere valide se non in seguito a *referendum* di tutti i componenti del Sindacato.

Potranno far parte del Sindacato tutti i medici che abbiano nomina negli Ospedali e Opere pie con funzione ospitaliera delle Provincie Venete, della Venezia Giulia e del Trentino.

Le deliberazioni diverranno esecutive solo dopo il *referendum* di tutti gli inscritti, di guisa che a tutti i medici ospedalieri, tanto dei piccoli quanto dei grandi centri, sarà data facoltà di sottoporre al Sindacato questioni che a loro interessino, e di portare il loro parere su tutti gli argomenti di indole spedaliera.

Vennero nominati delegati in tutte le Provincie per la costituzione dei Comitati provinciali, coll'incarico di segnalare quanto prima è possibile al Comitato provvisorio di Padova il numero degli aderenti e le persone designate per il Consiglio centrale e per i Comitati provinciali.

Sulla approvazione dello statuto venne deliberata la costituzione definitiva del Sindacato dei medici ospedalieri delle tre Venezie « S. M. O. V. » e venne espresso voto che una rappresentanza di questo Sindacato debba far parte della Commissione che sarà incaricata di discutere il regolamento sulla legge dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie.

Per le vedove dei sanitari comunali.

Rispondendo all'on. Pestalozza, l'on. Agnelli, sottosegretario al Tesoro, ha spiegato le difficoltà che si oppongono alla concessione dell'aumento di pensione a titolo di caro-viveri alle vedove dei sanitari comunali. Ha assicurato tuttavia il volenteroso interessamento del Governo.

Si ricorda agli Autori che — a norma delle deliberazioni prese dall'ASSOCIAZIONE DELLA STAMPA SCIENTIFICA ITALIANA (Sezione Medica) — ad ogni contributo originale dovrà seguire un riassunto breve, chiaro e completo degli scopi e dei risultati del lavoro.

LA REDAZIONE.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8521) *Aumento dello stipendio.* — Dott. N. D. S. da T. — Se la G. P. A. ha creduto giusto aumentare la cifra stanziata in bilancio per stipendio al medico condotto, è naturale che il maggiore assegno sia corrisposto al sanitario attualmente in carica, che è fornito di stipendio assolutamente impari a' tempi che volgono. Faccia regolare istanza al Consiglio Comunale ed, in caso di rifiuto, faccia ricorso al Prefetto della Provincia.

(8522) *Pubblicazioni sanitarie.* — Dott. A. A. da I. della S. — Non risulta siasi pubblicato un volume contenente il risultato delle controversie sorte fra sanitarii e Comuni e risolute dalla Giurisprudenza e dalle Corti di Appello e di Cassazione. Potrà riscontrare il periodico «*La Giustizia amministrativa*» ove alcune sentenze delle Corti regolatrici e pareri del Consiglio di Stato sono riportate. Però non trattasi di un volume ma di parecchi volumi.

(8523) *Elenco dei poveri.* — Dott. R. M. da V. — Ella ha completamente ragione. L'elenco dei poveri si modifica, solo eccezionalmente, durante l'anno, ed Ella avrebbe dovuto essere invitato. In ogni modo gli effetti decorrono dal giorno della iscrizione e non prima.

(8524) *Tacita accettazione di contratto.* — Dottor A. M. da I. D. — In materia contrattuale non si può addurre la tacita accettazione: i patti e le condizioni debbono essere accettate esplicitamente dalle parti per poter, in caso di bisogno, adire l'autorità giudiziaria. Ella diffidi l'amministrazione comunale che, non dando risposta alla sua richiesta circa il compenso per la protrazione della prestazione, lascerà il servizio fra otto giorni.

(8525) *Mancato intervento chirurgico in caso urgente.* — Dott. A. G. da S. — Avendo per capitolato l'obbligo di non potersi allontanare nemmeno per un istante dalla condotta, l'assenza arbitraria, oltre che alla sanzione disciplinare prevista dal capitolato medesimo, espone il sanitario a responsabilità penale per il caso di morte avvenuta durante l'arbitraria assenza; morte che, come Ella dice, si sarebbe ben potuto evitare se il sanitario si fosse trovato sul posto ed avesse potuto intervenire in tempo. Notisi che l'articolo 371 del codice penale non prevede soltanto l'ipotesi della imprudenza, della imperizia o della negligenza ma anche quella della *inosservanza di regolamenti, ordini o discipline* e nel fatto da Lei esposto vi sarebbe indubbiamente l'inosservanza del regolamento o dell'ordine che imponeva al medico di rimanere in residenza l'intera giornata senza allontanarsi nemmeno per un istante. In siffatto reato colposo non occorre querela di parte, ma si procede di ufficio. Non è poi, a nostro avviso, discriminante sufficiente l'addurre che se anche il sanitario si fosse trovato sul posto avrebbe potuto trovarsi per altra causa egualmente nella impossibilità di accedere, perchè tale impossibilità è ipotetica, cioè, *avrebbe potuto verificarsi* mentre la mancanza è stata invece reale, nè risulta in alcun modo provato che il sanitario era in condizioni subbiettive tali che, anche se fosse stato presente, non avrebbe potuto accedere al letto dell'infermo. L'articolo 371 del Codice penale commina la pena della detenzione da tre mesi a cinque anni e la multa da lire 100 a tremila. Occorre, però, dimostrare che la morte sia conseguenza diretta del mancato intervento e che con la presenza del medico non sarebbe assolutamente avvenuta.

(8526) *Aumenti sessennali.* — Dott. A. P. da C. — Se l'amministrazione concede l'aumento biennale sullo stipendio che si gode alla fine di ciascun biennio, non sembra dubbio che si debba tener calcolo anche dei precedenti conseguiti bienni che si sono cumulati con lo stipendio iniziale e formano un tutto unico ed inscindibile. L'aumento deve essere calcolato sulla somma che effettivamente si percepisce in qualunque modo e da qualsiasi elemento essa risulti composta.

(8528) *Infortuni agricoli.* — Dott. G. G. da P. — Ai termini dello articolo 85 del Regolamento sugli infortuni agricoli l'esercente dell'azienda ha il solo dovere di fornire tutti i mezzi a sua disposizione per far trasportare l'infortunato al luogo dove possa ricevere le prime immediate cure od anche per far venire il medico sul luogo dove l'infortunato si trova. Le prime cure sono fatte gratuitamente dal medico condotto se l'infortunato ha diritto alla assistenza sanitaria gratuita.

(8529) *Congedo - Obbligo di supplenza reciproca.* — Dott. D. S. da A. — Quantunque, in tesi generale, l'interino non abbia diritto al mese di congedo, nel caso speciale da Lei esposto riteniamo che possa usufruirne avendo l'obbligo della supplenza reciproca e gratuita con l'altro collega. Se l'interino non usufruisce del congedo, non potrebbe essere obbligato a sopportare doppio lavoro quando è assente il collega, il quale si avvantaggerebbe non facendo, a sua volta, doppio servizio in mancanza dell'interino.

(8530) *Commissione giudicatrice dei concorsi a medico condotto.* — Dott. V. V. da N. — La Commissione giudicatrice pei concorsi di medico condotto è nominata dal Consiglio Provinciale di Sanità ai termini dello articolo 33 del Regolamento generale sanitario. Si potrà chiedere copia legale del Decreto di nomina alla Segreteria del Consiglio Sanitario. È certamente motivo di nullità la nomina della Commissione fatta dal Prefetto ed Ella ha ben diritto ad impugnare la deliberazione consiliare con cui si procederà alla nomina del condottato innanzi alla 4ª Sezione del Consiglio Comunale per violazione di legge.

(8531) *Stati Uniti - Esercizio professionale.* — Dott. S. C. da C. M. — Gli Stati Uniti non concedono reciprocità. Quindi il medico italiano non può esercitare colà per nessuna ragione. Gli esami di Stato consistono nelle materie che formano oggetto di studio anche presso le Università del Regno.

Doctor JUSTITIA.

Servizio medico-militare. — All'abb. n. 9071: Il suo congiunto ha pieno diritto a richiedere nuovi accertamenti sanitarii onde stabilire la diagnosi esatta della sua malattia e la dipendenza di essa da cause di servizio.

Come stabilisce la circolare 455 del *G. Militare* del 1919, egli dovrà a tale uopo avanzar domanda per mezzo della stazione dei RR. Carabinieri più vicina al suo domicilio.

Essi devono incaricarsi di trasmettere la pratica al Collegio medico competente, che lo chiamerà a visita, inviandolo, in caso di dubbia diagnosi, presso uno dei reparti militari di accertamento diagnostico per la tubercolosi.

All'abb. n. 11649:

No: il congedamento dei medici della classe 1896 è oggetto di esame da parte del Ministero della guerra; ma si ha ragione di ritenere che non possa aver luogo ad immediata scadenza. M. G.

CONDOTTE E CONCORSI.

CARBONARA PO (*Mantova*). — Condotta: L. 6750 lorde e L. 500 quale uff. san., L. 1200 per cavalc., caro-viveri di legge; cinque trienni del decimo (compreso periodo di prova). Scad. 30 nov. L'annunzio, speditoci il 5, ci è pervenuto il 18 nov.!).

MONDAVIO (*Pesaro*). — Condotta per la totalità degli abitanti; lorde L. 8000; caro-viveri di legge; per cavalcatura L. 1800; per uff. san. L. 400; per servizio carceri mandamentali L. 200; con tre aumenti sessennali di L. 600 ciascuno. Probabile trasformazione in condotta residenziale. Scad. 15 dic.

S. VITO AL TAGLIAMGENTO (*Udine*). — 3ª condotta: in via di approvazione: L. 6000 lorde per 1500 pov., L. 1 per ogni povero in più, tre quinquenni del decimo, obbligo del mezzo di trasp. con indennità di L. 2000 se cavallo, di L. 600 se bicicletta. Servizio entro 30 giorni. A tutto il 15 dicembre.

VERONA. *Consiglio Ospitaliero*. — Concorso per titoli ed esami a medici chirurghi assistenti di 2ª categoria: uno (eventualmente due) all'Ospitale Civile e quattro all'Ospedale Infantile Alessandri; L. 3750 lorde; L. 15 e vitto per ogni servizio di guardia continuativo di 24 ore; sono in corso di preparazione nuove tabelle organiche. Scadenza ore 18 del 10 dic. Servizio entro 30 giorni. Chiedere l'annunzio alla Segreteria.

Diffide.

Nuove diffide: Matelica (Macerata); Cantiano, S. Costanzo e Montemaggiore sul Metauro (Pesaro); Strofino (Novara).

NOSTRA CORRISPONDENZA.

Sulle condizioni sanitarie di Fiume.

L'amico *Policlinico*, che mi segue fedelmente in questa sacra terra di Dalmazia, così vibrante della più schietta italianità, ha pubblicato a due riprese in questi ultimi tempi alcune notizie sullo stato di salute e sugli approvvigionamenti di Fiume. Inviato sul posto con una missione, allo scopo di assumere informazioni precise per assicurare la profilassi di quella regione, che con Fiume ha frequenti e diretti contatti, ho potuto rilevare che dette notizie, evidentemente fornite dalla stampa politica, erano esagerate e non corrispondenti allo stato reale delle cose.

Credo non inutile fornire alcune informazioni sul come è stato scoperto ed isolato il piccolo episodio di peste, anche perchè fatti consimili possono ripetersi in qualsiasi dei nostri porti ed è necessario che, più di altri, i medici esercenti stiano sull'avviso; poichè sono proprio essi che, con l'osservazione clinica dell'ammalato, debbono per i primi intuire che si tratti di peste e far procedere ai consecutivi accertamenti.

Il 16 settembre, venivano ricoverati nell'ospedale militare di Fiume, due soldati (1, 2) già ammalati da qualche giorno: presentavano temperatura elevata, stato stuporoso grave, petecchie localizzate al dorso ed al torace. La contemporaneità con cui si presentavano questi due casi ed il loro stato deponevano per una forma infettiva grave, e, tenuto conto che essa non corrispondeva ai quadri clinici delle più comuni malattie infettive, si pensò particolarmente al tifo esantematico e alla peste. Eliminato il primo, specialmente per la localizzazione delle petecchie, il medico curante, capitano dott. Leccese, trovò nell'esame sistematico degli infermi il bubone inguinale, ciò che convalidò in lui il sospetto di peste, che venne clinicamente confermata dal capitano dott. Usai, direttore di sanità militare. Prelevato il materiale per l'esame batteriologico, mentre si attendeva il responso di questo, venne subito disposto per l'isolamento del riparto dell'ospedale in cui tali ammalati si trovavano, per l'invio di questi al lazzaretto, e per la visita e l'isolamento dei riparti militari a cui appartenevano i soldati. Si poterono così scoprire ed isolare al lazzaretto due soldati (3, 4) ammalatisi alcuni giorni prima dei precedenti con febbre, durata 3 giorni, dolori reumatici e coriza; essi presentavano adenite sospetta, l'uno cervicale, l'altro inguinale. L'esame batteriologico del liquido aspirato dal bubone, praticato sia con la osservazione microscopica dal dott. Leccese, sia con altri accertamenti dal dott. Spetz al laboratorio batteriologico, fu positivo per tutti e quattro.

A distanza di 9 giorni dall'ultimo caso (n. 2) si ammalava un altro soldato (5), che con i precedenti aveva avuto contatto: anche questo con bubone inguinale e con risultato positivo dell'esame batteriologico.

Dopo altri 12 giorni si ammalò, pure con febbre e bubone inguinale, un altro soldato (6) in località affatto lontana da quella in cui abitavano

i precedenti. Quasi contemporaneamente si ebbero gli stessi fenomeni in un soldato (7) abitante in località prossima a quella in cui si verificarono i primi casi, ed in due donne (8, 9) che frequentavano la caserma in cui quest'ultimo si trovava. Per tutti fu positivo l'esame batteriologico, per tutti furono prese le necessarie misure di isolamento dei reparti e delle famiglie.

Parecchi di tali ammalati ebbero consecutivamente polmonite secondaria: tre morirono (n. 1, 2, 6), gli altri guarirono ed ora si trovano al lazzaretto in discrete condizioni, alcuni anche alzati. Quattro (n. 3, 4, 8, 9) furono casi di *pestis minor*, con scarsa sintomatologia limitata a lieve febbre ed alla adenite caratteristica. In generale, il siero dimostrò un'azione efficace.

Il 23 ottobre, a 15 giorni di distanza dall'ultimo caso, quando si poteva ritenere spenta l'epidemia, si ammalò con febbre elevata e dolori all'ascella una bambina di 10 anni, abitante non lontana dalla località in cui si era verificato il caso n. 5. Tale bambina, ricoverata al lazzaretto, presentava un piccolo bubone ascellare. D'allora non si è più verificato alcun nuovo caso.

Collateralmente alle misure prese dall'autorità militare, quella civile e marittima prendevano le proprie. Anzitutto si limitò il traffico dei passeggeri rilasciando permessi di partenza solo a quelli che dimostravano la necessità di assentarsi, esigendo un certificato di salute, in base a visita sanitaria, insistendo sulla convenienza di non trasportare biancheria sudicia che, se rinvenuta, sarebbe stata disinfettata. Fu organizzata la caccia ai topi, specialmente con veleni a base di acido arsenioso. A bordo di tutti i piroscafi venne compiuta la deratizzazione, mediante l'apparecchio Clayton, mentre si stanno compiendo disinfestazioni con acido cianidrico. Analoghi provvedimenti, che integravano questi, vennero presi dalla Sanità marittima, che si incaricò dell'isolamento del bacino ed adiacenze, in vicinanza dei luoghi in cui si erano verificati i casi di peste. Venne poi disposto per la visita sanitaria all'imbarco sui piroscafi. I contatti vennero tutti isolati e tenuti in osservazione, senza però che in essi si sviluppasse alcun caso di peste. Gli ammalati si trovano tutti in due baracche Döcker, nel lazzaretto, costruito in località appartata, a monte della città. Il lazzaretto è a padiglioni isolati, nel primo dei quali stanno la cucina e gli alloggi del personale, in un altro padiglione le doccie, gli apparecchi per disinfezione, il gabinetto batteriologico. Lo stesso comandante D'Annunzio ha voluto visitare fin dai primi tempi gli ammalati, se ne interessa giornalmente e provvede a che non manchi loro nulla.

Complessivamente dunque i casi sommano soltanto a dieci, verificatisi sporadicamente in un lungo periodo di tempo; solo tre sono stati seguiti da morte. Le misure prese dànno affidamento di sicurezza: il tempo trascorso dall'ultimo caso fa ritenere che la piccola epidemia sia ormai debellata.

Nulla di positivo può affermarsi circa l'epidemiologia. Risulta che nel luglio arrivò da un porto del Mar Nero che può considerarsi infetto, un piroscafo, che attraccò in prossimità del luogo dove si ebbero i primi casi. Si può supporre che da questo sia pervenuto a terra qualche topo infetto. Non è improbabile che questi casi, che appaiono più o meno sporadici, siano invece stati collegati da una epizoozia pestosa, sia pur lieve, nei ratti, poichè sebbene l'esame di quelli catturati abbia dato risultati negativi, questo appare l'unico legame probabile, tanto più se si tiene conto della notevole distanza di tempo trascorsa fra i singoli casi. Devesi inoltre tener presente la possibilità di forme attenuate (*pestis minor*), che facilmente sfuggono all'esame o sono tanto lievi da non obbligare le persone a richiedere l'opera del medico.

Circa poi l'affermazione che il nutrimento degli ufficiali fosse di galletta ammuffita, trattasi di nient'altro che un'iperbole poetica, per indicare che le condizioni d'approvvigionamento sono state durante qualche periodo alquanto difficili, e vi sono state certamente restrizioni, senza però che si arrivasse alla esagerata affermazione a cui si è accennato, e che tendeva a dimostrare a quali sacrifici sono pronti i difensori dell'eroica Città.

Zara, novembre. *fil.*

NOTIZIE DIVERSE.

Corso di perfezionamento in Pediatria.

Anche questo anno, nella Clinica dei Bambini della nostra R. Università diretta dall'illustre prof. Concetti, sarà tenuto un corso di perfezionamento per i laureati in medicina e chirurgia.

Il corso avrà la durata di un quadrimestre e sarà iniziato nella prima decade di gennaio. Le tasse, in tutto, saranno all'incirca L. 300.

Materie d'insegnamento:

1° Lezioni cliniche — Prof. Concetti.

2° Puericoltura e igiene infantile — professor Luzzatti.

3° Malattie infettive e dei neonati — professor Modigliani.

4° Semeiotica infantile — Prof. De Villa.

5° Esercitazioni chimiche e di laboratorio — Prof. Santangelo.

Le adesioni (giacchè i posti sono limitati) si debbono indirizzare al Dott. Genoese, assistente Clinica Pediatrica - Policlinico, non più tardi del 15 dicembre.

Corso di perfezionamento in Patologia del lavoro.

Il corso di perfezionamento in Patologia del Lavoro, del prof. A. Ranelletti, istituito in Roma sotto il Patronato della Croce Rossa Italiana, con conferenze integrative da parte di professori dell'Università, e che sarebbe dovuto incominciare colla metà di novembre, è stato unito con quello di «Igiene e Medicina legale del lavoro» del professor Ottolenghi, formandosi un corso unico di «Medicina del Lavoro» (Patologia, Igiene e Medicina legale del lavoro). Dovendosi attendere il riconoscimento ufficiale del corso stesso, esso potrà principiare nella prima metà del gennaio pr.

A tutti i medici che si sono già iscritti pel corso del prof. Ranelletti, presso la Croce Rossa, saranno comunicate direttamente le ulteriori informazioni.

Scuola di medicina pratica all'Ospitale di Venezia.

Il 3 novembre, all'Ospedale civile di Venezia, ebbe luogo l'inaugurazione della Scuola di medicina pratica (fondazione Minich), alla presenza delle Autorità e di molti medici. Il Direttore dell'Ospedale, dott. Ligorio, ricordò i medici dell'Ospedale defunti nel decorso anno. Indi seguì il prof. Velo, primario chirurgo, che espose chiaramente in breve sintesi l'evoluzione della medicina e chirurgia dai tempi remoti ai nostri giorni, documentando lo svolgimento con elementi storici.

Conferenze d'Igiene nelle Scuole normali.

Per iniziativa della Direzione di Sanità anche in quest'anno scolastico si terranno nelle Scuole Normali le conferenze d'Igiene.

Il programma delle conferenze è il seguente: Nozioni fondamentali del ricambio organico. Leggi dello sviluppo. Condizioni di lavoro sano e produttivo. Esigenze igieniche e relative, con particolare riguardo all'alimentazione. Il mondo dell'invisibile nell'economia generale della natura. Gli esseri invisibili, e le malattie. I nostri migliori presidi: la luce solare, l'aria, la pulizia. L'aria viziata negli ambienti di lavoro e di riposo. Questioni di cubatura e ventilazione; il pulviscolo. Governo igienico negli ambienti. Illuminazione, difesa contro il freddo e l'umidità. Provvista e distribuzione dell'acqua. Rimozione dei rifiuti. La suppellettile scolastica in rapporto con l'igiene della vista; lo sviluppo dello scheletro. Pulizia dei locali. L'educazione fisica nelle scuole. Le palestre. I difetti di sviluppo. Influenza delle difettose condizioni igieniche di vita sulla diffusione della tubercolosi. Le varie forme di assistenza ai predisposti ed ai malati. Scuole all'aperto. Colonie scolastiche temporanee e permanenti. Ritmo di insegnamento ai fanciulli gracili. Concetto della tutela dell'igiene e della sanità pubblica. Doveri che ne dipendono. La scuola maestra e focolaio di educazione igienica individuale e sociale.

La lotta contro la malaria.

Presieduta dal sen. Mangiagalli si è svolta a Milano un'adunanza del Comitato per la cura della malaria coi raggi X; v'intervennero il vice-presidente sen. Pirelli, il segretario avv. Mazza, i consiglieri sen. Luigi Albertani e Valvassori-Peroni e l'on. Salterio.

Il sen. Mangiagalli espose gli ottimi risultati avuti nel largo esperimento di Fiumicino col metodo del dott. Pais, il quale, pure presente, fornì schiarimenti tecnici e prospettò la convenienza della lotta antimalarica in provincia di Milano. Accennò anche alla necessità di una bonifica umana nelle Paludi Pontine, ove, per opera di una Società promossa dal rag. Gino Clerici, si stanno compiendo grandiose opere idrauliche e agrarie, onde la convenienza che di pari passo proceda la bonifica umana.

Il sen. Albertini e il sen. Pirelli si associarono alle proposte.

Si approvò di accordare il patrocinio all'azione che si svolgerà nelle Paludi Pontine e che avrà inizio con l'impianto di una stazione radioterapica a Terracina, consulente della quale sarà il senatore Grassi e direttore il dott. Pais. Fu stabilito lo studio preliminare per l'impianto di una stazione nella provincia di Milano, e, su proposta del sen. Valvassori-Peroni, di un'altra a Portogruaro nella regione Alberoni; nonchè di favorire il sorgere di una stazione in Spagna, ove, su proposta formulata dal capo dei servizi antimalarici della Lega internazionale delle Croci Rosse di Ginevra, s'intenderebbe di attuare il metodo Pais nella regione più malarica, la Camarca (il Governo spagnuolo ha già mandato in missione a Roma il prof. Pittaluga, affinchè questi potesse apprendere *de visu* la tecnica).

È morto improvvisamente, a Costantinopoli, il comm. dott. RICCARDO ZERI, direttore di quell'Ospedale italiano, medico della nostra Ambasciata, delegato al Consiglio internazionale di Sanità, professionista molto apprezzato.

Il dott. Zeri era nato a Roma; si trasferì sul Bosforo trent'anni addietro. Fu un assertore d'italianità. Presiedeva il Comitato locale della Dante Alighieri, cui impresse forte sviluppo.

Lascia largo rimpianto nella nostra colonia ed anche fra i turchi, che lo amavano e rispettavano.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1920 - Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, *ed. resp.*

Anno XXVII Roma, 6 Dicembre 1920 Fasc. 49

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI.

La diagnosi dell'ascesso polmonare da influenza

pel dott. FILIPPO CICCARELLI.

> " Io sono convinto che i successi dell'intervento chirurgico saranno anche migliori quando i chirurgi avranno imparato a decidersi per l'operazione abbastanza presto ".
>
> (KUMMEL: *L'ascesso polmonare*).

Fra le numerose affezioni che negli organi del respiro il *virus* influenzale suole provocare una ve n'ha che, a parer mio, non ancora è stata appieno valutata in tutta la sua grande importanza clinico-pratica.

Eppure da assai tempo è noto che l'ascesso caldo polmonare da influenza è di solo poco meno frequente delle relative analoghe pleuriti — di cui tanto si è sempre parlato e si parla tuttora — ed è più noto ancora che una tale affezione finisce il più delle volte per riuscire fatale, quando non vi s'interviene opportunamente nel momento giusto.

Io ho pensato sempre che una tale mancata completa valutazione sia per lo più dipesa da quella fatalistica abitudine cui ci siamo un po' troppo leggermente tutti dati di considerare l'ascesso polmonare da influenza come un postumo od un esito a sorpresa dal quale non ci preoccupiamo tanto vederci sinistramente sopraggiunti a causa dell'errato comune convincimento delle difficoltà pressochè insormontabili di diagnosticarlo a tempo, prima stesso della patognomonica scena della vomica purulenta. Ed invece recentemente, nella non ancora del tutto cessata epidemia influenzale, io mi son potuto convincere che sin dal primo momento non mancano poi davvero sintomi tali che una diagnosi puranco precoce di una siffatta affezione sia potuta almeno sospettare, se non porre addirittura.

L'ascesso caldo polmonare da influenza è un triste privilegio dei maschi adulti; ma ne possono pure essere colpiti, per ordine di frequenza, le donne ed i bambini. Per lo più secondario ad altre localizzazioni flogistiche catarrali, ma qualche volta anche primitivo per processo suppurativo primitivamente iniziatosi nel relativo parenchima, in questa contemporanea contingenza si può calcolare che esso abbia raggiunto il 5 per mille dei casi.

Originatosi per l'azione stessa dell'arrivo diretto del *virus*, o dei comuni piogeni in simbiosi, nelle cellule polmonari o per la chiusura da trombo od embolo e successiva necrobiosi del pezzo sottratto al circolo, quando non lo si diagnostica o si sospetta almeno a tempo, esso è una affezione che suole riuscire pericolosissima pei pazienti, che vi possono morire, anche quando in un modo qualunque il *pus* si faccia, fuori, strada da sè, nei bronchi o

nella pleura. Perchè questo svuotamento avvenga, con le relative aderenze pleuriche e fistole bronchiali, occorrono per lo più quindici giorni dall'inizio del male. Quando si verifica la vomica pei bronchi o si forma l'empiema, l'intervento diviene sempre più difficoltoso, se non pericoloso. Qualche volta l'individuo ne guarisce spontaneamente, ma si deve essere trattato o di ascesso circoscritto o piccolissimi ascessi a scarsa distruzione parenchimatosa. Il *pus* può raggiungere mezzo litro, ma anche 1 o 2 litri. La cavità che ne risulta prima a pareti irregolari, a piccole e piccolissime frange, circoscritta da parenchima infiltrato, è poi rivestita da pseudomembrana o liscia o bernoccoluta per granulazioni o detriti: intercorrono nella cavità briglie od aderenze. Questa cavità può gangrenarsi o tubercolizzarsi. L'ascesso caldo polmonare da influenza può essere unico o multiplo, vasto o piccolo, circoscritto o diffuso. Per lo più è unico ed estendesi a tutto un lobo o polmone. La sua sede prediletta è la base dei polmoni, solo qualche volta prende l'apice, rarissimamente la parte media. Invece fu rinvenuto alla superficie o periferia dell'organo con frequenza presso a poco uguale che verso il centro.

Poichè il più delle volte l'ascesso caldo polmonare sussegue ad altre localizzazioni prossimiore o lontane dal *virus* influenzale, a polmoniti cioè, broncopolmoniti, pleuriti, nefriti, encefaliti ed enterocoliti, e quindi per azione di embolo che si trombizza, uno dei primi sintomi suoi caratteristici è il dolore, che non manca nemmeno quando si verifica spontaneamente primitiva suppurazione parenchimatosa. Ed è un dolore fisso e fitto in un sol punto determinato che si risveglia nel corso del male originario e che si accompagna ad una nuova intensa dispnea; dolore e dispnea che non si leniscono coi soliti fomenti caldi e con la sottrazione del sangue, mentre il torace, senza ancora subire deformità alcuna, diviene immobile in quel punto.

Intanto si determina un tipo di febbre che io giudico uno dei migliori elementi patognomonici, sia pure indiretto, per l'ascesso polmonare. Questo tipo di febbre è quello caratteristico delle grandi piressie delle suppurazioni interne: è la febbre piemica per eccellenza: preceduta da brividi più o meno intensi, giunge nel pomeriggio alle altezze più elevate per declinare quasi del tutto nella nottata in mezzo a profusi sudori e ricominciare tal quale il mattino seguente.

Quando l'ascesso è primitivo o sussegue a distanza alla risoluzione di altri processi prossimi o lontani reattivi, questo tipo di febbre s'impone assolutamente, e solo nei casi di immediata postumità a precedenti flogosi può far sorgere a principio un dubbio assai fugace, però, dello scoppio di fatti tubercolari secondari all'influenza stessa. Per quanto tuttavia questa eventualità etica non sia rara, pure viene subito esclusa proprio dallo stesso tipo della curva termica che può essere remittente finchè si vuole, ma non del tutto intermittente indipendentemente poi dalla assenza di fenomeni cavitari imponenti e di un reperto specifico dell'espettorato.

Quando, invece, l'ascesso si sviluppa nel corso di altre contemporanee banali localizzazioni, il tipo fisso della febbre è più positivo ancora in quanto che, imponendosi su tutti gli altri il sovrappostosi fatto piemico, la curva termica ne assume subito il carattere, venendosene così a modificare quello che v'era stato precedentemente.

Quando si tratti di vecchi malarici o si sia in zona o periodo di paludismo, il dubbio di una siffatta concomitanza o risveglio vien tosto fugato dalla inanità di una generosa terapia chinacea, quando non si fosse voluto o potuto addirittura ricorrere alla ricerca del plasmodio, che riuscirebbe certamente negativa.

In generale questa febbre si inizia con intensi e ripetuti brividi di freddo, che solo poche volte possono pur mancare, è fortemente remittente, senza essere proprio completamente intermittente, anche quando raggiunge basse elevazioni — cosa assai rara — e declina quasi sempre con sudori più o meno profusi, ma che ponno pur essere appena cennati, senza però mai mancare del tutto. Il giorno dopo poi si ha la esatta ripetizione di quel qualunque tipo che il dì prima si è visto, e che si rinnoverà tal quale ogni altro giorno. Ora questa ripetizione esatta e precisa ed evidente, sino alla completa risoluzione dell'affezione in un esito qualsiasi, è tale un fatto caratteristico ed eguale a sè stesso che non può in nessun modo rassomigliarsi al tipo della febbre comune dell'influenza, che ha la irregolarità per sua patognomonica abitudine; per il che quando nel corso di essa infezione si stabilisce una curva termica siffatta unica costante, deve sorgere il sospetto che ci sia in atto una suppurazione interna, che può benissimo interessare il polmone, con quella notevole frequenza che già da parecchio si ammetteva da tutti e che nell'ultima pandemia è stata appieno riconfermata.

E, a conclusione di questo primo ed interessantissimo sintomo, che fa tanto bene la spia al sospettare almeno se non a porre addirittura da solo la diagnosi precoce di ascesso

polmonare, sento il dovere di aggiungere che questa febbre non è modificata per nulla nel suo tipo dagli antipiretici comuni. Se intanto nelle monografie riguardanti l'ascesso polmonare questa caratteristica generale offerta dalla febbre nel suo comportamento non sempre si vede ben rilevata, io opino che mai prima di ora se n'era potuto compire quello studio che ne è stato possibile di recente.

Ad ogni modo, dopo la febbre, ma più importante, per una diagnosi precoce dell'ascesso polmonare da influenza, abbiamo tutto il reperto fisico che ne può offrire il torace con l'ispezione, la palpazione, la percussione e la ascoltazione.

Circa l'ispezione, sin dal primo momento della formazione dell'ascesso si ha una immobilità del torace corrispondente alle parti circostanti il punto della lesione *in fieri*. Ma non è certo una immobilità caratteristica, ma esiste, e non cede ai comuni topici, pur benefici in altre affezioni locali superficiali ed interne. Insieme a questa immobilità di difesa di una parte del torace vi si nota un lieve spianamento degli spazi intercostali per lo stesso motivo, e non certo in un primo tempo pel volume del *pus*, che non avrà ancor dato tali estrinsecazioni.

Al palpamento il fremito vocale nel punto leso è abolito, mentre negli altri tratti è spesso conservato e rafforzato per funzioni vicarianti. Solo raramente il fremito può essere indebolito, ma giammai rafforzato nella regione ascessuale.

Quando l'ascesso è in formazione, nel punto di esso — che per lo più è indovata in una delle basi — l'ascoltazione vi rileva il più spesso una abolizione completa di quel tratto della funzionalità dell'organo, in quanto che prima i fatti congestizi e poi quelli suppurativi stessi iniziatisi vi esercitano pressione e vi scacciano del tutto l'aria: mentre il parenchima a principio si epatizza, vi è persino completa scomparsa del murmure vescicolare, che solo poche volte può essere semplicemente affievolito. V'è quindi soffio bronchiale, e solo in momento assai avanzato si possono ascoltare rantoli più o meno aggruppati e consonanti, specialmente se v'è stata broncopolmonite lobare o lobulare.

Nel punto della formazione dell'ascesso la percussione dà un'ottusità notevolissima, *sui generis*, femorale, lignea, matta e costante, che non lascia mai alcun dubbio di quella facile modificabilità e mobilità che è la prerogativa di tutti gli altri comuni fatti reattivi respiratorî influenzali, migratorî ed evolutivi per eccellenza. È una ottusità che conosce una sola modifica: quella di allargarsi eccentricamente dal punto di origine. Questa ottusità ascessuale polmonare, oltre che per i caratteri propri e concomitanti, già detti, fissa, lapidea, allargantesi eccentricamente, si differenzia da quella delle pleuriti libere pel noto comportamento di queste, sempre modificabili nei loro livelli coi cangiamenti delle posizioni dei pazienti, da quella delle circoscritte interlobari per la caratteristica di queste altre ad allargarsi per 3 o 4 cm. fra la 4ª vertebra toracica verso l'esterno ed in basso sino all'angolo scapolare raggiungendo l'ascellare medio.

Se si tratta di ottusità data da pleurite circoscritta delle basi, la differenziazione è anche possibile, perchè quest'altra suole sempre essere troppo più bassa, perchè di prerogativa della pleura diaframmatica e quindi estrinsecantesi al disotto delle stesse costole.

Questa ottusità ascessuale polmonare non può confondersi con quella ipostatica, perchè questa si istituisce molto dopo e quindi i precedenti anteriori del decorso del male mettono in guardia insieme agli altri negativi fenomeni termici e ascoltatorî: essa è aumentante non eccentricamente, ma dal basso in alto, con respiro bronchiale netto, broncofonia e rafforzo del fremito pettorale.

Dall'ottusità della cirrosi polmonare quella ascessuale si differenzia pel fatto che, oltre i soliti fenomeni cavitari tubercolari o bronchiettasici concomitanti, se il processo cirrotico ha preso gli apici, questi ne risultano abbassati, oltrepassando la clavicola di soli 2 cm. e mezzo; se invece sono state colpite le basi, queste ne saranno risalite dai margini inferiori ordinari.

È banale infine pei tanti fenomeni concomitanti la distinzione fra l'ottusità delle comuni polmoniti e questa ascessuale, pel che non v'insisto. Come anche l'ottusità della cisti da echinococco si distingue pei limiti molto netti (segno di Duncan-Bird).

Ond'è che, concludendo, questo segno dell'*ottusità* nella diagnosi precoce dell'ascesso polmonare mi sembra un fattore semiologico del più alto valore.

Prima, intanto, che l'ascesso, in un modo o nell'altro, si vuoti per una vomica attraverso i bronchi o per empiema nella pleura, può pur esistere un espettorato, che per altro può pur mancare, specialmente quando non vi sono stati fatti pregressi catarrali o si sono risolti del tutto. Quando l'espettorato esiste e non ricorda fatti precedenti o concomitanti, esso è sieroso, siero-mucoso ed anche sanguinolento, senza che cioè riveli caratteri pneumonici lobari o lobulari. Questo espettorato suole ve-

nire dalle parti circostanti all'ascesso, e qual che volta è stato visto di color verde-erba. Altrimenti vi è tosse, secca, stizzosa.

Vi è senso di oppressione altissima.

Il polso è piccolo e frequente, sino a 125-135.

Le orine leggermente albuminuriche e con peptone.

Un altro fatto caratteristico è la sproporzionata prostrazione in cui l'individuo s'abbatte subito: prostrazione non corrispondente al decorso generale del male e superiore assai alla stessa astenia post-influenzale.

A parer mio, tutti questi fenomeni, riuniti insieme, devono, se non altro, far sorgere almeno il lontano sospetto di un ascesso polmonare in formazione nel decorso dell'influenza ed autorizzare alla fine ad eseguire, con le dovute cautele, una puntura esplorativa del parenchima dell'organo massimo del respiro. Adoperando un grosso trequarti e ricordando la tendenza ad ammettere una sede più bassa e più periferica del reale, se ne caverà subito fuori senza alcun danno pel paziente un *pus* assai caratteristico. Esso è *pus* purissimo, di odore nauseante, ma non fetido come il gangrenoso, che lasciato decantare si divide in uno strato superiore meno denso ed uno inferiore con molti elementi solidi e svariati. Sottoposto ad esame, sia pure superficiale, vi si notano fibre elastiche, cellule alveolari, stracci di disfatto parenchima polmonare più o meno abbondanti e degenerati in grasso, cristalli di grasso, di ematoidina, tavole di colesterina che col reperto istologico della pleurite essudativa possono avere solo di comune la presenza di cocchi numerosi, senza però tema di alcuna confusione fra loro a causa dell'assenza degli elementi ricordanti la speciale struttura del polmone nei processi infiammatorî della pleura. Solamente in una pleurite secondaria ad ascesso polmonare svuotatosi nella pleura o viceversa si può avere un reperto analogo con la presenza di elementi strutturali parenchimatosi specifici; ma ciò è di fatti molto tardivo e che può del resto mettere in sull'avviso il pratico.

I raggi Roentgen poco giovamento possono apportare alla diagnosi differenziale in sè stessa fra ascesso polmonare o pleurite od altri versamenti ed espandimenti dell'uno e dell'altro organo: tuttavia una buona radiografia potrà al chirurgo indicare la esatta sede e la precisa delimitazione dell'ascesso.

Concludendo, il medico, che sa a quali pericoli si trovi sempre esposto il paziente di ascesso polmonare quando non vi s'interviene opportunamente in tempo, si convincerà — io mi auguro — della bontà di questi dati da me segnalati a sospettare almeno, se non a porre addirittura, una diagnosi precoce della ferale affezione.

E giovamento ne trarrà non solo il sofferente per il pronto opportuno soccorso, ma anche l'operante al quale, per quanto valente, sicuro ed adusato ad ogni novità, può pur sempre infastidire di essersi accinto sia anche ad una completa toracotomia per empiema e di trovarsi invece a dover procedere più oltre, sul polmone, che è un organo di maggiori riguardi e di incresciose sorprese.

Barletta, luglio 1920.

BIBLIOGRAFIA.

PIRERA. *Considerazioni su la Spagnola*, 1920.
LEGGE. *Diagnostica differenziale*, 1908.
MARAGLIANO. *Malattie del polmone*, 1905.
RUBINO. *Formulario terapeutico*, 1905.
RUMMO. *Terapia clinica*, 1905.
COZZOLINO. *Pediatria*, 1911.
SMIRAGLIA *Semiotica medica*, 1905.
SALOMONI. *Malattie del torace*, 1905.
BERGMANN e BRUNS. *Chirurgia pratica*, 1909.
KUMMEL. *Chirurgia del torace*, 1909.

Polmonite e appendicite.

I riflessi addominali delle affezioni pleuro-polmonari acute.

Dott. SALVATORE PASTORE.

Può il medico pratico trovarsi e rimanere oscillante di fronte a malattie assai comuni, quali la polmonite e la pleurite, in cui allo inizio possono mancare i sintomi ordinari, l'esame fisico riuscire negativo e può aversi invece l'apparenza di una grave malattia addominale.

Polmoniti e pleuriti con sintomi addominali non sono rare. Tale è la polmonite dei bambini ad inizio gastro-intestinale. Ma in casi di questa fatta i fenomeni intestinali iniziali d'ordinario si dissipano e la polmonite con i suoi sintomi riprende il suo posto.

Meno comuni ed assai impressionanti sono, invece, quei casi nei quali si hanno gravi fenomeni addominali (dolori, vomito, meteorismo, stipsi, collasso), dovuti alla eccitazione delle diramazioni del frenico, che più direttamente ha luogo nei casi in cui è attaccato il diaframma, ma in via riflessa può anche verificarsi nello stato iniziale della polmonite crupale e nei quali, mentre la polmonite resta misconosciuta nella sua anormale sintomatologia fisica e funzionale, la preoccupante fenomenologia addominale tiene, invece, senza interruzione il primo posto, al punto da spingere persino all'intervento della laparotomia.

Tali sono i casi d'interesse veramente eccezionale di pleuriti e polmoniti crupali, in cui mancano i sintomi abituali della vera malat-

tia e che l'insieme dei fatti addominali e lo *shock* fanno giudicare peritoniti e ostruzioni intestinali (casi di Hampeln, di Palier, ecc.), o fanno ritenere per sicura una perforazione intestinale con peritonite ed invece alla laparotomia l'esame del peritoneo e dei visceri addominali riesce negativo (casi di Edwards, ecc.).

Altra volta la polmonite può passare inosservata perchè domina la sindrome pseudo-appendicolare, con la quale esordisce. Si ha doloro spontaneo e provocato nel punto di Burney, si può avere vomito e costipazione.

In uno dei miei casi (ragazzo di 7 anni) la malattia esordisce con febbre (39°.5) senza brivido di freddo e crisi pseudo-appendicitica, vomito, stitichezza. Esame quotidiano del torace negativo. Al quarto giorno, polmonite destra, decorso benigno, guarigione.

Il secondo caso che è già curato da un altro sanitario, riguarda un ragazzo di 10 anni, di spiccata costituzione linfatica. Si espone a strapazzi e perfrigerazione. Dolore costale trafittivo. Polmonite crupale basica sinistra. Al terzo giorno, fuori di ogni aspettativa, irruzione improvvisa di tumultuosi fenomeni addominali: appendicalgia che impedisce ogni tentativo di palpazione, tensione addominale, stipsi, fisonomia sofferente. Crisi in ottava giornata, scomparsa della sindrome addominale. Guarigione.

L'esame *fisico* del torace, che in questi casi dovrebbe condurre dritto alla diagnosi, riesce invece negativo a principio, in cui l'attenzione è richiamata esclusivamente sull'addome. I segni della polmonite mancano o si mostrano in modo assai attenuato. A rendere più oscuro l'esame fisico del torace può contribuire il dolore ileocecale che rende la respirazione superficiale e irregolare. La *tosse* è scarsa o manca del tutto o comparisce tardivamente. Egualmente è della *dispnea*.

Nè l'*esame dell'addome* ci fornisce sul momento se non equivoche ed illusorie sensazioni. In queste polmoniti l'addome può essere disteso e dolente. Tipico al riguardo è il secondo dei miei casi. E per contro nell'appendicite iniziale può mostrarsi normale.

Ma in realtà più che tutto è il *dolore* che per la sua sede anomala determina la confusione e suggestionata in modo da trascinare perfino all'intervento operativo. Ciò avvenne tredici volte nei casi di Garreau, cinque volte nei casi riportati da Fiocca, cinque volte nei casi di Massalongo, due volte nei casi di Morse, due volte in quelli di Richardson, una volta nei casi di Bennecke. Eppure l'appendice si trovò sempre perfettamente sana in tutti questi interventi.

Il dolore ectopico appendicolare (irradiazione del dolore puntorio della polmonite che si compie a mezzo del ramo perforante del XII nervo intercostale che perfora il grande obliquo ed incrocia la cresta iliaca) ha anch'esso il suo centro nel punto di Burney. Come quello può determinare la flessione della coscia sul tronco, può esacerbarsi con gli atti respiratorî, impedire ogni movimento al malato e può essere così violento da obbligarlo persino a star curvo su sè stesso. Nel secondo dei miei casi sostituisce il dolore puntorio toracico il terzo giorno e si dilegua con la crisi.

I vari mezzi proposti — la palpazione alla Guinon, la palpazione alla Blumberg, il rilasciamento dei muscoli addominali ad ogni inspirazione nel caso della polmonite (Baruard) — non riescono sempre allo scopo. Più decisive possono essere la esplorazione rettale nell'uomo e del cul di sacco di Douglas nella donna, o la pressione in corrispondenza della loggia renale destra, con la quale, nel caso dell'appendicite, si riesce a provocare a distanza il dolore nel punto di Burney per mezzo di quella specie di legamento a fasci fibrosi descritto da Tuffier, che dal rene giunge all'ansa ileocecale, decorrendo sulla faccia posteriore del rene e del colon ascendente.

Più frequentemente si tratta di polmonite della base destra, ma può essere a destra (9 volte su 11 casi riportati da Fiocca, 3 volte su 4 casi di Massalongo), o a sinistra (Gaillard, Massalongo e nel secondo dei miei casi); nel lobo medio, come nel primo dei miei casi; nell'apice (Guinon); può essere centrale (Haury, Mouseaux).

La febbre. — Nella polmonite si ha temperatura elevata e si mantiene tale per parecchi giorni. In queste forme di polmoniti appendicolari sono state anzi osservate delle temperature iperpiretiche. Ma altre volte anche nell'appendicite la febbre può essere elevata. Un mezzo pratico è la differenza di 1° e più notata nell'appendicite fra la temperatura ascellare e quella rettale.

Il polso. — Nell'appendicite manca di note caratteristiche, nella polmonite è forte e pieno.

Il brivido. — Nella polmonite è unico, intenso. Nei bambini però può sfuggire all'osservazione o, come può verificarsi nei soggetti deboli, può venire sostituito da brividi ripetuti e leggeri, simili a quelli iniziali dell'appendicite.

L'aspetto del malato. — L'arrossamento dei pomelli sta per la polmonite; l'alterazione dei lineamenti per l'appendicite. Ma anche in questa così detta polmonite appendicolare, la fisonomia può mostrarsi alterata e abbattuta (Mirande), da assumere persino l'aspetto che si ha nella peritonite acutissima (Massalongo), e, vi-

ceversa, in qualche caso di appendicite si è notato notevole arrossamento malare e soffusione bluastra al pomello destro, senza alcuna lesione degli organi respiratori (Vanni).

Il vomito. — In questi casi di polmonite è stato notato anche in adulti ed è stato visto prolungarsi per più giorni e anche fino al termine della malattia (Guinon).

E particolare risalto in parecchi casi può anche avere la *stitichezza* (Barnard, Comby, (Morse).

Il segno di Weill. — Quest'A. richiama l'attenzione sopra un segno precoce che può essere distintivo fra polmonite e appendicite: esso consiste nel difetto di espansione, che nel lato affetto da polmonite si rileva, poggiando alternativamente la mano sulle due regioni sottoclavicolari. Ma non è un segno che da solo può riuscire decisivo.

A conclusioni fondate non possono condurre nemmeno le *ricerche citodiagnostiche.* Nella polmonite si ha iperleucocitosi polinucleare (che è invece transitoria e poco intensa nell'appendicite, e solo nell'appendicite suppurata diventa più elevata), ma essa può avere origine da altre cause estranee alla polmonite ed è in rapporto a condizioni speciali (localizzazioni estrapolmonari, ecc.).

Infine la *radioscopia* può essere un mezzo utile, specialmente nei casi di polmonite centrale.

Ma tra polmonite e appendicite esistono in realtà rapporti clinici ed etiologici inoppugnabili, i quali risalgono al fatto che lo pneumococco può localizzarsi primitivamente sia nell'apparecchio respiratorio, sia in quello gastro-intestinale.

Tranne nel periodo della digestione, in cui l'acidità del succo gastrico si oppone al suo passaggio nell'intestino (Banti, Barbacci), lo pneumococco dalla bocca, di cui è ospite abituale, può discendere nello stomaco e nell'intestino, produrre lesioni ulcerative piccole e superficiali al piloro, ovvero ampie e profonde al cardias, alla grande e piccola curvatura, al duodeno, al cieco.

Negli animali è stata osservata enterite pneumococcica primitiva in seguito ad iniezione intravenosa di cultura di pneumococco (Guinard e Artaud) e peritonite fibrinosa accoppiata a necrosi in prossimità della valvola del Bauhin, in seguito alla ingestione di cultura virulentissima dello stesso microbo (Jensen). Lo pneumococco introdotto nel tubo digestivo degli animali (cavie, conigli) è stato anche visto attraversare l'epitelio della mucosa dell'intestino e per il dotto toracico e per il cuore destro pervenire nel polmone, dove, in circostanze favorevoli, può produrre focolai di polmonite lobare (Calmette, Vansteenberghe e Grysez).

Fra le complicanze polmonari dell'appendicite più sovente si tratta di ascessi metastasici, così del polmone destro che del sinistro (Broca, Church, Gruneisen, Langemack, Netter, Rendue, ecc.), di broncopolmonite suppurata con espettorazione fetida (Kirmisson, Rits), di gangrena polmonare (Duprè, Veir) e di broncopolmonite e di polmonite genuina (Duprè, Jalaguier, Le Gendre). Non sono invero isolate le osservazioni di appendiciti pneumococciche primitive (Achard, Broca, Frankel, Jensen, Krogius, Predöhl, Weichselbaum, ecc.), e di peritoniti diplococciche primitive complicate con polmonite (Aufrecht, Ampeln, Leichternstern, Weichelbaum, ecc.).

Le altre complicazioni toraciche dell'appendicite sono tardive e attaccano con frequenza assai maggiore il lato destro. Tiene fra esso il primo posto la pleurite destra (sierosa, sierofibrinosa o appena sieropurulenta, ed anche suppurativa ed icorosa). Più rara è la pleurite sinistra, complicanza ematogena dell'appendicite. Brugnatelli ricorda peraltro un caso in cui l'appendicite pneumococcica si diffuse in basso lungo la guaina dello psoas e in alto per la via linfatica invase il cavo pleurico di destra e, attraverso il mediastino anteriore, anche il cavo pleurico di sinistra.

La trasmissione al torace può qualche volta verificarsi per discontinuità e perforazione del diaframma o attraverso le aperture che in esso esistono (Tuffier, Lejars).

Viceversa, si è visto l'appendicite seguire alla polmonite. Ciò può verificarsi sia nella pienezza della malattia, sia a varia distanza di tempo. Parecchi casi di polmoniti o di broncopolmoniti riporta Brugnatelli, in cui all'autopsia si è attratti da alterazioni infiammatorie insorte nell'appendice, le quali se talvolta si possono ritenere e sono invero dei reperti accidentali per fatti pregressi indipendenti da quelli polmonari, sono, invece, con questi, in altri casi, coordinati e ad essi secondari.

Il nesso etiologico reciproco fra polmonite e appendicite è riguardato specialmente da Vetlesen. Egli caratterizza l'appendicite come una polmonite dell'intestino.

L'appendicite può susseguire alla polmonite anche in concomitanza con altre localizzazioni extra-polmonari: Talamon osservò prima parotite suppurata e poi appendicite consecutive alla polmonite. Ferrier all'autopsia di un giovane polmonitico (polmonite destra) riscontrò endocardite ulcerosa pneumococcica e appendicite restata misconosciuta in vita, di cui il pus è ricco di pneumococchi misti a colibacilli, ecc.

Quali complicanze della polmonite furono anche osservate enterite semplice (Gaillard, Griffon, Landouzy), dissenteriforme (Massalongo), pseudomembranosa (Weichselbáum), cruposa (Marchiafava), ulcerosa (Buet), ulcerazioni emorragiche della mucosa gastrica con presenza di pneumococchi (Dieulafoy), erosioni emorragiche ed ulcera semplice dello stomaco e del duodeno (Dittrich, Engel, Jaksch, Marchisio, Ponfick), ulcerazioni emorragiche dello stomaco ed ulcere perforanti del duodeno (Griffon), ecc.

Gaillard nega che lo pneumococco possa farsi strada per la via dello stomaco mercè ingestione di materiale settico della espettorazione. Anche Bozzolo ammette che l'intestino è una via di eliminazione dello pneumococco, che solo eccezionalmente vi si localizza, ma non esclude che questo microbo possa arrivare nell'intestino vitale e virulento attraverso lo stomaco senza passare nel sangue, ritenendo che l'alterato chimismo gastroenterico, nel caso della polmonite, non più si presti ad attenuarne la vitalità. Jensen ritiene, invece, che raramente lo pneumococco segue la via linfatica e sanguigna. I limiti di questo lavoro non consentono la disamina di queste teorie. Non si può, però, trasandare, dal lato clinico, l'osservazione che l'appendicite è una complicanza poco frequente della polmonite.

Possono giustificare questa scarsa frequenza la leucocitosi che accompagna la polmonite, quel grado benchè passeggero di immunizzazione generale che consegue alla malattia, la attenuazione stessa che il microbo ha subito nell'organismo e forse anche la speciale attitudine di difesa antibatterica attribuita alla appendice vermicolare.

***

L'argomento della polmonite e della pleurite dal punto di vista addominale ha grande interesse e non soltanto nella pratica pediatrica.

I principali punti possono così riassumersi:

1° Nella polmonite e nella pleurite si possono avere fenomeni addominali accentuati, e talvolta così minacciosi come nelle gravi malattie addominali (peritonite, ostruzione intestinale, ecc.) da indurre persino all'intervento chirurgico.

2° La polmonite può esordire o durante il suo decorso accompagnarsi con fenomeni appendicolari, da cui può rimanere mascherata. Questi fenomeni possono consistere in una irradiazione nevralgica di origine toracica nel punto di Burney, dovuta a trasmissione all'addome attraverso la branca anteriore del XII nervo intercostale. In determinate circostanze possono essere più eclatanti e dar luogo ad una sindrome pseudoappendicitica (crisi dolorifica, stipsi, meteorismo, *facies abdominalis*), la cui manifestazione è sotto l'influenza del simpatico. Le condizioni speciali per cui tali manifestazioni si determinano non sono peranco ben note. La costituzione linfatica e il sesso femminile sembrano ragioni predisponenti.

3° Lo pneumococco può localizzarsi primitivamente nell'appendice ed immigrare poi nel polmone. Per tal modo la polmonite può seguire all'appendicite, e si è paragonata alla tubercolosi polmonare che segue a quella intestinale.

4° Può, viceversa, l'appendicite seguire alla polmonite come una complicanza specifica. Questa proprietà di compiere ulteriori localizzazioni extra polmonari è stata attribuita alla particolare virulenza dell'agente infettivo e alla debole resistenza organica di certi soggetti. Come ogni altra localizzazione, anche quella appendicitica presuppone una predisposizione individuale.

5° Buoni precetti furono dati al medico pratico. Bisogna guardarsi dal precipitare il giudizio in presenza di una sindrome appendicolare. La momentanea assenza di segni toracici apprezzabili non può essere, all'inizio, decisiva. In ogni modo occorre tener d'occhio vicendevolmente l'appendice nei polmonitici con manifestazioni addominali e i polmoni negli appendicitici.

Roma, settembre 1920.

BIBLIOGRAFIA.

BRECCIA. *Due casi di localizzazione extra-polmonare del diplococco pneumonico.* Rivista Crit. di Clin. Med., 1907.

CECONI e FORNACA. *Diplococcemia con tardiva localizzazione al polmone.* Gazz. Osped. e Clin. XXIII, 54.

COZZOLINO. *Sulla pneumonite lobare acuta nei bambini a dolore ectopico appendicolare.* Gazz. Osped. e Clin., 1903, 5.

CROIZAT. *De la pleurésie droite comme complication de l'appendicite.* Lyon, 1892.

CURTIS. *Péritonites à pneumocoques.* Gaz. d. Hôp. de Toulouse, 1895, 9.

DIEULAFOY. *La péritonite primitive à pneumocoque.* Clin. Méd. de l'Hôtel-Dieu, 1897 e 1899.

MASSALONGO. *Della polmonite acuta appendicolare nei bambini.* IV Congresso Pediat. Ital., ottobre, 1901.

MIRANDE. *The appendicular forme of pneumonia.* Med. Press., 1901.

MORSE. *Thre cases of pneumonia vith marked abdominal symptoms in children.* Annals of Gyn. and. Pediatry, 1899.

PALIER. *Atypical forms of pneumonia; a clinical study.* Medical Journal, 1899, n. 1.

RENDU. *Ulcère de l'estomac, hématémèse, pneumonie intercurrente.* Union Médical, 1892.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

L'“ulcus simplex„ dell'intestino

per il dott. GIUSEPPE BASILE

docente di Patologia medica dimostrativa nell'Università di Roma.

Questa entità morbosa per la sua rarità è poco menzionata e descritta.

Aschoff, Kauffmann, Ziegler nei loro trattati di Anatomia patologica si occupano largamente dell'*ulcus pepticum* dello stomaco, parlano concisamente dell'*ulcus simplex duodenalis*, non fanno menzione di quella varietà che, sebbene raramente, si può riscontrare al tavolo anatomico sulle altre sezioni della parete intestinale (digiuno, ileo, crasso).

Cito tra i migliori e più diffusi trattati di Anatomia patologica, perchè il più delle volte l'*ulcus simplex* dell'intestino è accidentale reperto d'autopsia. Solo poche volte perforandosi in vita essa fu identificata dal chirurgo, al tavolo operatorio, a seguito d'intervento per la peritonite perforativa dichiaratasi.

Dal punto di vista clinico l'*ulcus simplex* dell'intestino si può dire ignorata a letto del malato, sia per la sua rarità, sia per la sua sconosciuta sintomatologia. I trattati di Patologia non la menzionano neppure.

La lettura della comunicazione del Leotta negli atti della Società Italiana di Chirurgia (2-5 ottobre 1919) dal titolo: *L'Ulcera semplice della porzione digiuno-ileale dell'intestino tenue*, mi dà l'opportunità di fare queste considerazioni e di ritornare su di un mio caso studiato e seguìto nel 1906 e riassunto in un mio lavoro: *Malaria e sindrome appendicolare* (« Bollettino della Soc. Lanc. degli Ospedali di Roma », fasc. I, anno XXVI):

Si trattava di un individuo che aveva goduto sempre buona salute, di anni 45.

Infermo da nove giorni con dolori addominali, vomito e febbre, viene dal medico curante purgato ripetutamente.

Peggiorando, si decide ad entrare all'ospedale di Santo Spirito, Sala Giardinetto.

All'esame obbiettivo rilevo il quadro completo della peritonite diffusa, e poichè la maggiore dolenzia, sia spontanea che provocata, la constato nella fossa iliaca destra insieme a maggiore difesa muscolare e a riduzione di suono, penso che con probabilità l'origine della peritonite sia stata un'appendicite.

Il chirurgo sottoscrive alla diagnosi di peritonite, e pensa anche lui alla origine appendicolare.

L'intervento praticato d'urgenza constata una peritonite acuta generalizzata.

L'appendice, per quanto si faccia, non si rintraccia.

Non è possibile proseguire in indagini ulteriori versando l'infermo in gravissime condizioni.

Dopo 6-7 ore dall'atto operativo l'infermo muore e all'autopsia « si rinviene l'appendice piccolissima e sana, e sull'ileo due ulcere a *stampo, perforanti*, della grandezza ciascuna di due centesimi, ovali, col grande asse disposto trasversalmente al lume intestinale.

« Non tubercoli nelle vicinanze, nè altri caratteri che possano far pensare alla natura tubercolare di tali ulcere, che restano di dubbia interpretazione anche secondo il parere del professore Carducci, che ebbe ad osservare il pezzo ».

Ho tenuto a riprodurre fedelmente la storia clinica, perchè chiaro appaia come in quell'epoca (1906) una lesione ulcerosa simile dell'intestino restasse di difficile interpretazione non solo a me, ma anche a persone molto più competenti di me.

E ognuno che abbia molta esperienza di autopsia e di malati deve confessare che l'*ulcus simplex* dell'ileo, del crasso, sia unica, sia multipla, è rarissima, e in vita di diagnosi oscura.

Che essa sia molto rara, come già dissi, lo prova il fatto della nessuna menzione fattane dai migliori trattatisti.

E si desume anche dal ristretto numero di casi raccolti dal Leotta, che pur ha consultata la letteratura di già esistente a tutto il 1919.

A tutt'oggi i casi raccolti sarebbero ventuno, che col suo sommano a ventidue.

Mi siano consentite perciò brevi considerazioni sul mio caso, che io credo di poter ascrivere, sebbene tardivamente, tra i pochi già esistenti di *ulcus simplex* dell'ileo, per le ragioni che riferirò.

Tutto ciò era nel mio spirito fin dall'epoca in cui ebbi a studiare quelle due semplici ulcerazioni a stampo della parete intestinale senza altre lesioni.

La comunicazione del Leotta mi conferma nel mio convincimento, e per la rarità del caso, mi induce a meglio illustrarlo.

Le constatazioni da me fatte sul pezzo anche posteriormente alla mia pubblicazione mi convinsero di non aver da fare con nessuna delle comuni varietà anatomiche di ulcerazioni descritte:

1° Infatti potei escludere quelle di natura traumatica per la negatività dell'anamnesi; per l'assenza di ecchimosi e di emorragie sui margini delle ulcere e sulla mucosa circostante.

2° Esclusi le ulcerazioni da disturbi di circolo come si possono avere negli strozzamenti erniari, di cui non v'era traccia nel nostro caso.

3° Facile mi fu escludere le ulcere da decubito, come si possono avere nel tratto soprastante ad una stenosi intestinale, ove le feci ristagnando a monte dell'ostacolo provocano sulla parete ulcerazioni da decubito che possono anche portare alla perforazione.

Ulcere da decubito possono provocare anche i calcoli pervenuti nel lume intestinale, ma nel nostro caso non v'era traccia di essi.

4° Con eguale sicurezza potei escludere che le ulcerazioni fossero di natura *infettiva*. Mancavano infatti lesioni di natura catarrale su tutta la parete del tenue e del crasso per pensare ad ulcerazioni di *natura catarrale*. Nè le due ulcerazioni rinvenute erano del tipo catarrale.

Parimenti potei escludere che le ulcerazioni procedessero da ascessi miliarici d'origine ematogena embolica, come avviene nella setticopiemia. Questi ascessolini possono aprirsi nel lume intestinale, dando luogo a ulcerazioni di aspetto differente da quello da noi osservato. A ciò si aggiunga che nel caso nostro mancava la sorgente della sepsi, come mancavano altre embolie sia nella parete intestinale, come negli altri organi.

Facile ci fu escludere le ulcerazioni da infezione tifoidea poichè assenti erano le tipiche lesioni della mucosa intestinale e delle glandole meseraiche, nè esisteva tumore splenico.

Altrettanto dicasi per la forma dissenterica, integra essendosi rinvenuta tutta la mucosa del tenue e del crasso. Per la integrità della mucosa e per i caratteri macroscopici delle due ulcerazioni (a stampo, rotondeggianti; parete intestinale integra, assenza di tubercoli, di gangli meseraici, ecc.), potei infine escludere la natura tubercolare di esse.

L'esame istologico consecutivamente fatto dei margini di queste, mi confermò nell'escludere la natura tubercolare.

Le stesse ragioni mi convinsero per escludere che esse fossero di natura luetica, e neoplastica.

5° Infine potei escludere le ulcerazioni da intossicazione uremica (che però in genere si limitano alla lesione della mucosa e sottomucosa) per la integrità dei reni nel nostro caso.

L'anamnesi fece anche escludere l'ulcerazione da intossicazione mercuriale, la quale può anche finire con la perforazione, poichè il nostro paziente di mestiere falegname non fece mai cure mercuriali, nè d'altro canto la lesione riscontrata ricordava le escare che si possono avere nell'intossicazione acuta e cronica da mercurio, *in forma di chiazze od aiuole nel crasso*, ed anche nel tenue, che possono finire con la perforazione (Aschoff).

Alla fine di questa lunga rivista sulla varia eziologia delle ulcerazioni intestinali fui sorpreso di non poter ascrivere le due ulcerazioni perforatesi riscontrate sul tenue a 20 cm. circa dalla valvola ileocecale a nessuna di quelle note.

Debbo ora confessare che i caratteri macroscopici di esse a *stampo*, *rotondeggianti*, con integrità della parete circostante mi facevano molto pensare per analogia all'*ulcus rotundum* dello stomaco, e all'*ulcus duodenalis*.

Ma ignorando la letteratura (si era nel 1906), tutto ciò restò, come dissi, nel mio spirito e non mi sentii autorizzato ad ascrivere le lesioni in parola ad una qualsiasi forma definita, anche quando spinto dall'interesse del caso procedetti ulteriormente all'esame istologico del pezzo.

Da cui potei rilevare l'assenza di lesioni flogistiche sui margini della perdita di sostanza. Questa perdita era maggiore a carico della mucosa, meno a carico della muscolare, meno ancora a carico della sierosa.

Sui margini di queste pareti usurate e sovrapposte a gradinata non esistevano tracce d'infiltrazione leucocitaria nè di germi, ma solo un *detritus* mal tingibile che poi passava nel tessuto normale, man mano che ci si allontanava dalla perdita di sostanza. Assenza di alterazioni vasali sui margini delle ulcerazioni.

Edotto ora della letteratura dell'affezione in parola, non esito ad ascrivere il mio caso, consacrato alla letteratura per altro studio sin dal 1906, alla forma dell'*ulcus simplex* del tenue intestino.

Concludendo dirò che l'impossibilità di far rientrare le due ulcerazioni riscontrate sul tenue a 20 cm. circa dalla valvola ileo-cecale nelle note affezioni ulcerose dell'intestino, e le caratteristiche proprie di esse, sia macroscopiche (ulcere a stampo, integrità della parete, ecc.), sia microscopiche (reperto identico all'ulcera gastrica), mi fa sicuro di quanto sopra affermo.

La scarsa conoscenza che di tale affezione si ha dal punto di vista anatomico, e più ancora da quello della clinica, la scarsità dei casi esistenti nella letteratura (22 in tutto a credere alla statistica del Leotta) mi ha indotto a ritornare brevemente su questa storia clinica.

APPARECCHI E STRUMENTI NUOVI.

GUARDIA OSTETRICA DI ROMA
Sezione esterna della R. Clinica Ostetrico-Ginecologica
Direttore prof. ERNESTO PESTALOZZA.

Valva vaginale automatica.

Dott. UGO LA-MONICA.

Come nella chirurgia generale, così in quella che si svolge attraverso la vagina, due elementi abbisognano all'operatore: luce e spazio. E a porre in vista l'utero e a dar passaggio agli strumenti soccorrono appunto le valve, l'uso delle quali costituisce per l'ostetrico ed il ginecologo una necessità assoluta, perchè, ad eccezione del riscontro vaginale e di alcuni atti operativi quali il rivolgimento, il forcipe ed il secondamento artificiale, non vi è possibilità di lavoro senza di esse.

Va poi tenuto nel debito conto, che le valve assolvono pure un compito di asepsi, perchè, a seconda della destrezza dell'operatore, evitano ai ferri il contatto non desiderabile della vagina.

Nelle cliniche e negli ospedali, l'esuberanza del personale, per giunta addestrato, fa sì che il chirurgo abbia sempre a disposizione mani sicure che gli sorreggano tali strumenti; però non è raro il caso di vedere, durante interventi un po' laboriosi, l'assistente sorpreso dalla stanchezza, lasciar sfuggire la valva dalla vagina, in una sconcia strappata che, se la donna è sveglia, può riuscirle alquanto dolorosa.

Ma prescindendo da questi inconvenienti, negli istituti clinici ed ospitalieri, ripeto, l'argomento offre sempre una agevole soluzione.

Dove le cose appaiono alquanto diverse, è purtroppo nella pratica privata, sia in città, sia in condotta. Il medico è costretto a servirsi talvolta anche dei famigliari delle case dove è chiamato e quindi di mani che, per quanto lavate, non offrono un grande affidamento e riesce facile il comprendere come tali ausili scorretti, possano minare tutta la preparazione asetticamente allestita di un intervento chirurgico.

Per evitare questi inconvenienti, sorse il concetto di costruire degli apparecchi che potessero reggersi da soli nei genitali e che evitando collaborazioni impure, conseguissero lo scopo di mantenere, durante tutta l'operazione, l'asepsi iniziale, eliminando nello stesso tempo delle fatiche completamente inutili.

I varii modelli proposti possono riassumersi in tre tipi: a vite, a peso, a molla.

Quelli a vite, ve ne sono perfino su pesantissimi supporti non trasportabili, hanno il difetto, oltre l'applicazione indaginosa, o di comprimere troppo ed allora producono facilmente decubiti o di stringere poco e in tal caso abbandonano facilmente i genitali.

I tipi a peso, per funzionare, devono avere la spatola della valva fortemente inclinata sul manico (a 45°) e nella vagina di certe pluripare valorose, quando il perineo è ridotto ad una reminiscenza, per poco che con le Hegar si voglia invitare la *portio* alla vulva, abbandonano di un tratto i genitali.

Il tipo a molla, a guisa di grandi pinze, è il più improprio, perchè divarica trasversalmente la vagina, la quale si solleva nelle sue pareti vescicale e rettale, nascondendo il collo e offrendosi continuamente all'urto dei ferri. Di più, la divaricazione non è graduabile, perchè la tensione della molla ha un limite fisso e quindi l'apparecchio riesce troppo brutale o troppo cortese, a seconda delle vagine nelle quali si imbatte.

Tutta questa fioritura di valve meccaniche, dimostra che il pensiero di molti si è dedicato a questo argomento, che, per quanto modesto, ha un'importanza apprezzabile, in pratica.

Ho cercato una soluzione semplice nella valva automatica che per chiarezza descriverò un po' minutamente.

L'apparecchio che offro al giudizio degli specialisti e dei pratici è totalmente privo di viti, di articolazioni, di perni.

Si compone di una placca metallica (fig. 1 *Pl*), di una valva (fig. 1 *V*) e di un tirante elastico (fig. 1 *T*).

I due pezzi metallici si collegano al momento dell'uso con il tirante di *caoutchouc*.

La placca ha nel suo margine posteriore un foro (fig. 1 *A*) che si restringe in un'asola, per fissare quando si voglia il tirante *T*. Questo scorre nella faccia inferiore della placca e fuoriesce dal padiglione per raggiungere il manico della valva nel semicanale ove si fissa.

La fig. 2 mostra il particolare del manico della valva con il suo semicanale.

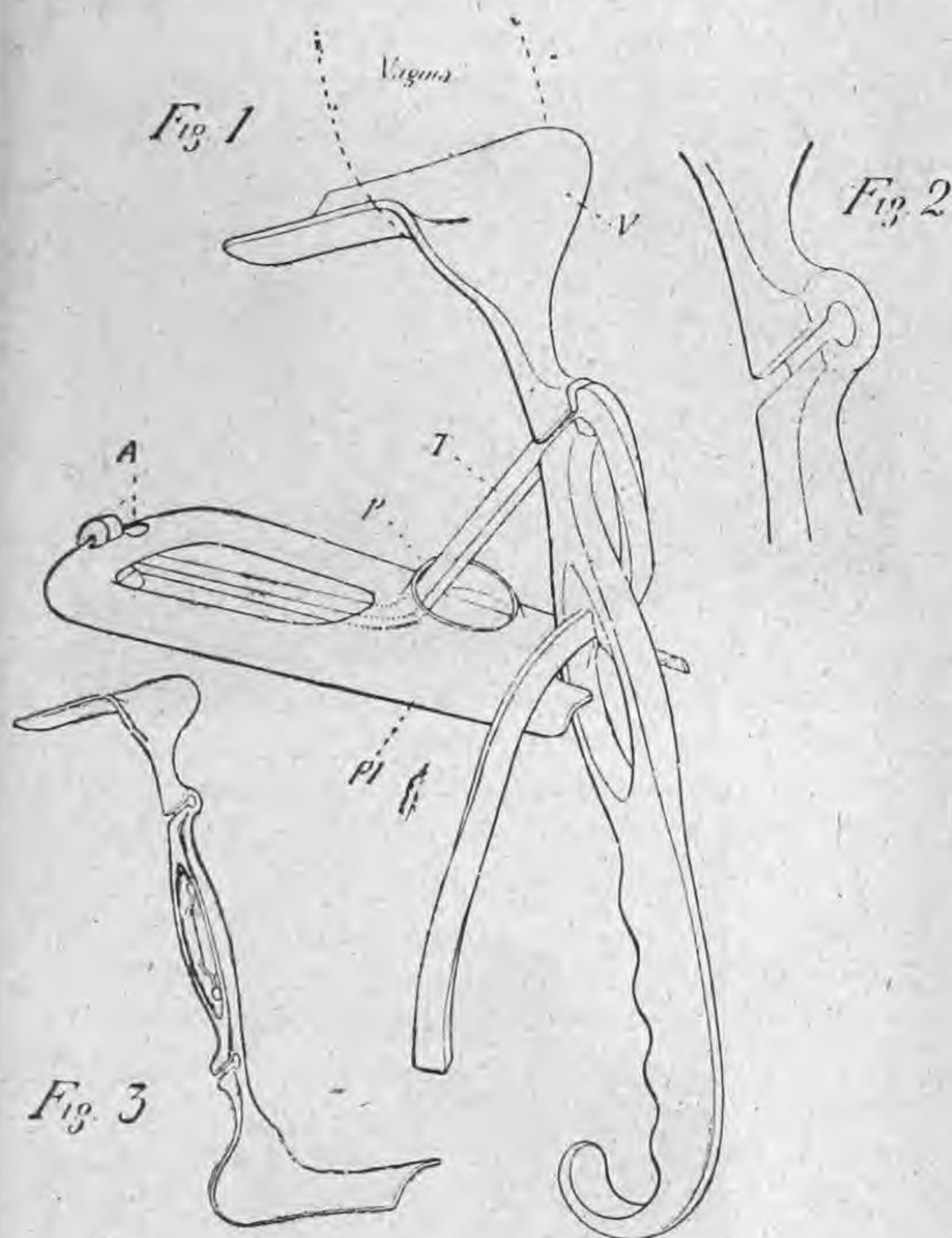
La placca nel suo margine anteriore termina in una forchetta che accoglie, ad apparecchio in vagina, il manico della valva.

Applicazione. — Collocata la donna in posizione ostetrica, col perineo sul bordo del letto operatorio o comune, o anche su un tavolino qualunque, che nella pratica privata è sempre l'ideale, a cosce leggermente o fortemente flesse sull'addome, fatta la solita distribuzione dei pannetti sterili, s'invita la donna a sollevare un poco il bacino e contemporaneamente le si insinua la placca fornita del tirante sotto il

sacro, facendo toccare il padiglione (fig. 1 *p*) col perineo.

Piazzata con la destra la valva in vagina, si trae risolutamente sul tirante eppoi lo si abbandona; questo si rigonfia e s'arresta: la valva è a posto.

Riassumendo: per avere un'esatta e celere applicazione dell'apparecchio, occorre che tre punti si trovino sulla stessa perpendicolare, e

Fig. 1 Fig. 2 Fig. 3

cioè: il margine del letto, il padiglione della placca e il perineo della donna.

Smontaggio. — Si rinnovi la trazione; il *caoutchouc* nell'assottigliarsi si libera dal semicanale e la valva è tolta.

La valva automatica è di una facile disinfezione, perchè, priva di qualsiasi collegamento metallico, ha tutte le superficie lisce ed i suoi elementi possono sterilizzarsi con l'ebollizione o in caso di urgenza col *flambage* immergendo il tirante in alcool iodato.

L'applicazione e lo smontaggio sono d'una facilità evidente.

Tutto lo strumento segue l'operanda irrequieta, anche negli incomposti sollevamenti del corpo.

Lascia l'operatore completamente libero nei suoi movimenti.

Se anche il perineo è assente, non sfugge mai dalla vagina.

Concede la più ampia trazione, in basso, alla *portio* uncinata, senza abbandonare l'anello vulvare.

L'angolo che fa la spatola, sul manico, è retto e questa può affondarsi più o meno in vagina, a seconda del desiderio dell'operatore, arrestandosi al punto voluto.

Dato il collegamento elastico fra la placca e la valva, il chirurgo riesce ad abbassare la parete posteriore della vagina con tutte quelle sfumature di pressione, che solo una mano può dare, senza essere molestato dal costante disappunto offerto dall'assistente che, quando sia preso da stanchezza, modifichi, pur non volendo, quella giusta divaricazione dei genitali che sin dall'inizio dell'operazione aveva apprestato.

Con tale dispositivo, si evitano tutte quelle brusche manovre che riescono sempre dolorose alla donna.

Il peso e il volume dell'apparecchio sono normali, poichè la placca è di cm. 15×6 circa ed ha lo spessore di un millimetro.

La valva automatica è costruita in due modelli:

1° Valva media (fig. 1) e valva grande non disegnata, distinte;

2° Valva unica con spatola doppia (fig. 3).

MEDICINA LEGALE.

Identificazione di mezzo ledente

per il dott. ANGELO DE DOMINICIS, medico legale a Milano.

Nella presente nota intendo richiamare l'attenzione su di una identificazione di mezzo ledente, compiuta in occasione di un caso giudiziario, e che fu successivamente confermata da uno dei colpevoli in modo perfetto.

Dato tale scopo della comunicazione, mi esimo completamente da ogni esordio d'indole generale, non già per mancare di elementi o per essere l'occasione inopportuna, ma perchè l'attuale compito prefissoci è solo quello di riferire nella parte sostanziale un'osservazione medico-legale, certo non trascurabile.

***

Si tratta di un caso di morte per colpi multipli di coltello, in cui oltre le lesioni gravi di questo genere, che qui non ci interessano, presentò anche, alla regione fronte-temporale destra, delle appariscenti ma superficiali alterazioni, che richiamarono l'attenzione per essere l'una molto simile all'altra e quindi per costituire un'impronta, che oltre esprimere analogie di produzione, poteva anche far risalire ad un determinato mezzo ledente.

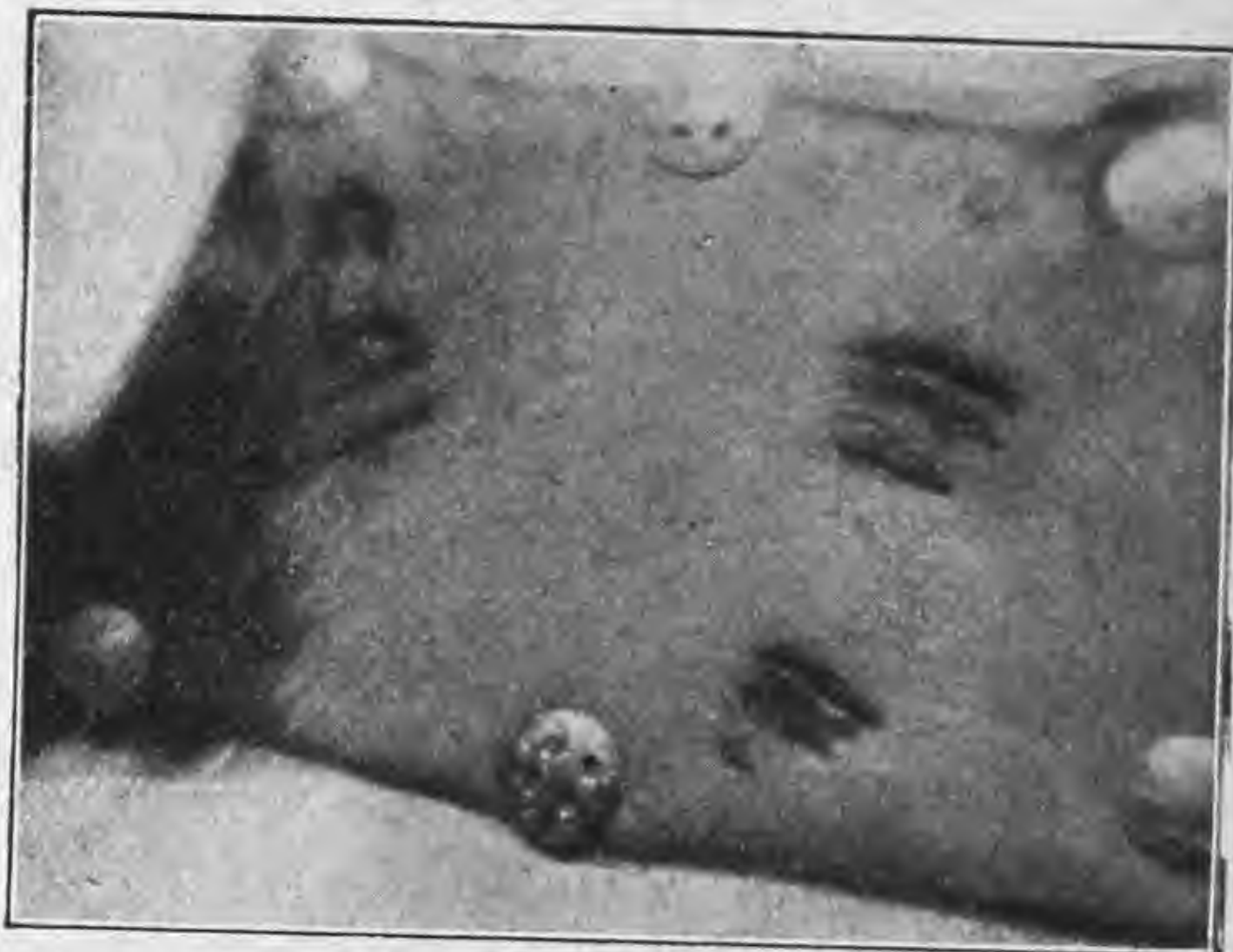
Dette lesioni furono dapprima spiegate come prodotte da una chiave, ma non condivisi tale opinione, e, dopo avere studiato il caso, conclusi, nella perizia presentata al Giudice Istruttore avv. Foà per la produzione delle lesioni in parola a mezzo del manico di un coltello: in seguito lo stesso Magistrato raccolse la confessione dell'essere così state prodotte.

A poca distanza di tempo il Giudice Istruttore avv. Prigioni, in un altro caso giudiziario, invece chiese se una determinata lesione alla fronte della vittima, potesse, come asseriva uno degli imputati in omicidio, per essere stata prodotta col manico di un coltello.

In questo la lesione non era così caratteristica come la precedente, ma tuttavia tenuti presenti i caratteri studiati poco prima, si potè concludere che la affermata produzione della alterazione fosse perfettamente giustificata.

La descrizione del caso di cui vogliamo riferire ben possiamo nella massima parte dei particolari sorvolarla, dal momento che noi abbiamo affidata la documentazione del fatto e di molti dettagli alla fotografia.

La figura che segue rappresenta appuntò la cute della regione fronto-parietale, che fu fotografata dopo averla fissata con punte ad una tavoletta.

Vi mettiamo a fianco il coltello con cui furono prodotte le lesioni, visto dalla parte del manico a strumento chiuso, dall'estremo ove si innestano le lame, che è diverso dall'altro, particolare non trascurabile, perchè dimostra anche che si è colpito col manico del coltello, ma mentre in quel momento il coltello era chiuso.

Ripeto che le fotografie soprastanti permettono di essere brevi nella descrizione.

Le lesioni si presentavano in tre gruppi sostanzialmente simili, e precisamente per i seguenti caratteri.

Si tratta in tutti e tre di lesioni che interessano l'epidermide ed il derma a tutto spessore, sono abbastanza nette, pur non avendo i caratteri di vere ferite da taglio, i margini delle lesioni mostrano evidenti caratteri contusi, in tutti e tre i gruppi due delle lesioni sono più avvicinate della terza; sotto le lesioni non mancano fatti lievi di stravaso sanguigno.

Confrontate queste lesioni col manico del coltello che le ha prodotte, e nell'estremo in cui sono impiantate le lame, si osserva che questo è più ampio delle lesioni, il che ovviamente è in rapporto col fatto che il manico è evidente-

mente convesso, e che quindi non si può stabilire che un parziale contatto colla cute colpita, riposando sul piano rigido, ed in parte rotondeggiante in senso opposto, delle ossa.

La caratteristica delle lesioni di essere due più avvicinate ed una meno, è invece esattamente riprodotta dal modo di essere delle superfici sporgenti del coltello in questa parte del manico.

Altre più minute differenze sono ovviamente spiegabili in rapporto sia alle particolarità delle sedi colpite che del modo stesso non assolutamente identico con cui può essere caduto il colpo, e, in ogni modo, non sembra che possano avere sostanziale interesse. A titolo di curiosità diremo che, ammesso di aver colpito col manico del coltello a coltello chiuso, uno dei colpevoli disse di aver così fatto per intontire con tali colpi e poter compiere l'asportazione dei valori.

***

Dal punto di vista della medicina legale bisogna tenere presente la possibilità di arrivare ad una identificazione di mezzi ledenti meno frequenti, ma che tuttavia non si possono neppure ritenere assolutamente eccezionali nella pratica giudiziaria. E così dopo questo primo caso, a breve distanza di tempo, la stessa questione fu affacciata, e questa volta non fu risoluta prima dal perito, ma venne invece avanzata come spiegazione di una lesione da uno dei colpevoli.

Da un punto di vista generale si deve ritenere di essere in favorevoli condizioni per identificazione di speciali mezzi ledenti, quando, non avendo che determinate alterazioni delle parti molli, queste riposino però su ossa come alla fronte.

Per lo studio di questioni del genere non sarà mai abbastanza raccomandata la documentazione fotografica, perchè solo in questo modo si può avere qualche cosa di sostanziale ad integrazione di qualsiasi descrizione e permettere uno studio protratto della questione, anche volendo sorvolare sulla semplificazione e sulla facile intelligibilità. Neppure la conservazione del pezzo dispensa dalla fotografia, come chiunque potrebbe persuadersi confrontando oggi la fotografia colla relativa parte anatomica, senza dire che appunto perchè vi sono fatti che solo così si possono documentare come sono apparsi al momento della osservazione, ne segue pure che in nessun altro modo si può escludere che quanto si afferma abbia subìto delle lievi e sia pure involontarie deformazioni.

SUNTI E RASSEGNE.

SIFILOGRAFIA.

Diagnosi e terapia precoce della sifilide.

Il Lees in una breve rivista critica (*Edinburgh Med. Journ.*, settembre 1920) sintetizza le più importanti acquisizioni pratiche di questi anni di guerra nel campo della diagnostica e terapia precoce della sifilide.

Ogni ulcera semplice contagiosa dovendosi considerare una sifilosclerosi «in potenza», è bene far precedere alla causticazione due o tre esami al paraboloide o su strisci colorati. Tanto più ciò s'impone dinanzi ad erosioni genitali indeterminate, a vescicole erpetiche, pustole scabbiose, ecc., nelle quali si può ritrovare la spirochete anche prima della comparsa di sclerosi clinicamente manifesta. L'A. per raggiungere lo scopo non esita, nei casi dubbi, ad incidere prepuzi fimotici; mentre là ove l'ulcerazione sia già riparata, ricorre alla puntura d'una ghiandola della pleiade satellite mediante un fine ago da siringa, ricercando la spirochete nel siero aspirato

È però da riprovarsi la crescente tendenza a trascurare l'esame clinico minuto della lesione sospetta, rimettendo la diagnosi alle prove di laboratorio, che spesso ingannano e sempre fanno perdere del tempo prezioso. L'aspetto clinico della sifilosclerosi e della sua pleiade può però esser mascherato dalla sovrapposizione dell'infezione da streptobacillo.

Quanto alla R. W., essa non ha alcun valore per la diagnosi precoce.

Finchè la diagnosi non sia posta con sicurezza, non bisogna naturalmente medicare la lesione se non con sostanze indifferenti: una detersione con soluzione fisiologica vale a richiamare del siero alla superficie; una medicatura con polvere di solfo è pure indicata e non pregiudica per nulla la ricerca degli agenti patogeni. A diagnosi stabilita, raramente si ricorrerà come cura locale all'escissione (oggi assai praticata in America); l'A. consiglia invece l'iniezione presso il focolaio di ectina o di autosiero salvarsanizzato (?). La cura generale dispone dei tre classici rimedi: mercurio, arsenobenzoli e iodio. L'A. ritiene che solo il secondo valga a realizzare la cura abortiva della infezione. Importantissima è a questo riguardo la dose totale di Salvarsan necessaria per raggiungere lo scopo: da 2 a 2,5 gr. di Salvarsan, da 4 a 4,2 di Neo. Vi è ora in molti sifilografi la tendenza a ravvicinare assai la somministrazione di piccolissime dosi del rimedio.

Quanto ai derivati del Salvarsan, il Galyl ha un'azione meno durevole, pur non essendo meno tossico; il Disodolnargol dà raramente intolleranza ed è assai indicato nella sifilide maligna; il Silbersalvarsan, meno tossico del Salvarsan, sembra fornisca ottimi risultati, ma i giudizi degli Autori su di esso non sono ancora concordi; lo Jacol ha dato in Italia buoni risultati; infine, il Sulfarsenol, poco tossico e poco alterabile, è pure assai attivo.

La via di somministrazione intramuscolare sembra all'A. meriti di non venire abbandonata, pei suoi notevoli vantaggi e ad onta della reazione dolorosa; reazione, che si può attenuare sciogliendo l'arsenobenzolo in 1 c. c di acqua distillata addizionata di guaiacolo e glucosio.

L'assorbimento e l'eliminazione rallentati influiscono assai sull'efficacia del rimedio somministrato per questa via e sulla durata dei suoi effetti terapeutici.

Le crisi di vasodilatazione susseguono raramente all'iniezione di arsenobenzoli, ove si ottemperi a tutte le norme ormai codificate dall'esperienza clinica. Esse si possono, oltre che combattere, prevenire (Birman), mediante l'uso del cloridrato d'adrenalina (1 c. c. per via orale od ipodermica, oppure 1/2 c. c. intramuscolare della soluzione un per mille). I casi gravi, mortali sono ormai eccezionali: il reperto d'autopsia, che rivela emorragie puntiformi diffuse a tutto l'encefalo, fa pensare si tratti, in questi casi, di insufficienza surrenale, che permetta all'arsenico d'esplicare la sua azione vaso-dilatatrice fino al punto da provocare l'apoplessia sierosa.

Altri autori parlano di eclampsia arsenicale o di *shock* anafilattico.

Quanto al mercurio, una salutare reazione va ora facendosi strada dopo gli eccessi degli esclusivisti, fanatici per gli arsenobenzoli. Tanto più che l'azione antagonistica dei due rimedi ne rende prezioso l'uso contemporaneo nella terapia precoce. Tale uso ha ormai solo pochi avversari, tra i quali va però ricordato il McDonagh, che riconosce in esso un incentivo alle localizzazioni nervose precoci del virus.

Le frizioni rappresentano — se ben fatte — il mezzo più sicuro, potente e indoloro di somministrazione del mercurio, tanto più se associate alla balneo- ed idroterapia.

La cura per via orale invece è meno facilmente seguita con regolarità e pel tempo voluto, agisce lentamente ed irregolarmente e provoca turbe gastro-intestinali e scialorrea.

Le iniezioni endovenose di mercuriali hanno azione rapida ma danno facilmente luogo a fenomeni tossici. Il Linser si è avvalso con buoni risultati in un migliaio di casi dell'iniezione simultanea di gr. 0.45 di Neosalvarsan e 0.02 di percloruro di mercurio 1 % in soluzione fisiologica, ripetuta due volte per settimana.

L'iniezione di sali insolubili per via intramuscolare (calomelano, olio grigio, salicilato di Hg) è generalmente la più usata e — se ben fatta e seguita da accurato massaggio locale — dà minimi inconvenienti.

Gli iodici favoriscono secondo l'A. la penetrazione dei mercuriali negli infiltrati sifilitici. Il McDonagh preconizza poi l'uso dello iodo colloidale come profilattico della intossicazione metallica da arsenobenzoli.

Le cure generali non vanno mai tralasciate nei sifilitici, ai quali sogliono inoltre prescriversi ovvie norme igieniche.

La durata della cura va secondo l'A. regolata mediante periodiche reazioni del Wassermann. Due anni di osservazione, a cura ultimata, non sono troppi, e durante questo tempo la R. W. — praticata a intervalli di 3 mesi nel primo anno e di sei nel secondo — dovrà rimanere negativa, anche facendo precedere ogni esame da piccole dosi di arsenobenzoli.

Nè vanno trascurati l'esame clinico e almeno un esame del liquido cefalo-rachidiano prima di poter licenziare il paziente senza il pericolo ch'egli trasmetta l'infezione o vada incontro a neurorecidive.

RUSCA.

La cura della sifilide nei suoi vari stadi.

(W. HESSE. *Zentralblatt f. innere Med.*, n. 9, 1920).

L'esito della reazione di Wassermann nel sangue e nel liquor deve servire da guida per qualunque terapia della sifilide; la reazione di Wassermann ci indica ad un tempo l'efficacia della cura e la prognosi dei singoli casi. È noto che la Wassermann, negativa durante l'incubazione e nelle 3-4 prime settimane dalla comparsa del sifiloma, diventa poi positiva in quasi tutti i casi, per mantenersi tale per due o tre anni. Dopo il terzo anno dall'infezione la Wassermann può diventar negativa. Essa è negativa nel periodo tardivo della malattia nel 50 % dei malati che non presentano manifestazioni cliniche e nel 20-25 % dei malati che presentano manifestazioni terziarie. Ciò vale naturalmente solo per i casi non curati specificamente. Una cura adatta dovrà far scomparire permanentemente i sintomi morbosi e render negativa la Wassermann. È dif

ficile raggiungere ciò con la sola cura mercuriale mentre è efficacissima la cura col salvarsan, solo, o combinato col mercurio.

1. *Cura col salvarsan senza mercurio.* — Il più attivo preparato arsenicale è l'argento-salvarsan, preparato che unisce all'azione spirocheticida dell'arsenico quella notevole dell'argento; l'argento, legato nella molecola al salvarsan, è trasportato direttamente nei tessuti malati. Si sciolgono 0.1 gr.-0.3 gr. del preparato in 20-30 cmc. di soluzione fisiologica fredda, operazione che richiede 3-4 minuti. Tale soluzione va iniettata nella vena ogni 3-4 giorni. Durante una cura completa devono venir iniettati complessivamente 2.5 gr. di argento-salvarsan nell'uomo, 2 gr. soltanto nella donna.

Il neosalvarsan e il salvarsan-sodio si impiegano per la prima iniezione nella dose di 0.3 gr. nell'uomo, 0.15 gr. nella donna; la dose va poi gradatamente aumentata, distanziando le singole iniezioni in modo da ottenere la distribuzione della quantità del preparato iniettata, in singole quantità giornaliere di 0.1 gr. ciascuna.

La dose massima è di 0.6-0.9 gr. nell'uomo, di 0.45-0.75 gr. nella donna. Complessivamente si iniettano nell'uomo 4.5 gr., alla donna 4 gr. di neosalvarsan o di salvarsan-sodio. Il neosalvarsan va disciolto in 10-15 cmc. di acqua distillata ed iniettato nella vena immediatamente, perchè esso si ossida facilmente; il salvarsan-sodio si scioglie in pochi centimetri cubi d'acqua.

II. *Cura combinata di mercurio e salvarsan.* — Il preparato mercuriale migliore, solubile in acqua ed indolore, è l'embarina (soluzione al $6\,^2/_3$ % di mercurisalicilsufonato di sodio). Le ampolle commerciali ne contengono ciascuna 1.3 cmc. Le iniezioni sottocutanee, giornaliere nei primi 3 giorni, vanno poi distanziate in modo da farne una ogni tre giorni. Si faranno in tutto 20 iniezioni. Si può usare anche il salicilato di mercurio, insolubile, in sospensione al 10 %, da iniettarsi giornalmente nei glutei per 15 giorni, nella dose di 1 cmc. A queste cure mercuriali si combina la cura col salvarsan, iniettando la prima volta all'uomo 0.3 gr., alla donna 0.2 gr. di neosalvarsan o di salvarsan-sodio, ed aumentando poi la dose ad intervalli come quelli indicati per la sola cura col salvarsan, fino ad iniettare la dose di 0.6 gr. all'uomo e 0.45 gr. alla donna. È bene evitare le iniezioni contemporanee di mercurio e di salvarsan.

L'A. indica poi le modalità che regolano la durata e l'intensità della cura nei diversi periodi della malattia.

Nel primo stadio è possibile ottenere la guarigione abortiva con la cura combinata di mercurio e salvarsan.

Nel secondo stadio, in caso di lue florida, si inietta per 8-10 giorni il solo mercurio, per passare poi alla cura combinata. Talvolta dopo la cura la Wassermann rimane positiva, in tali casi è bene ripetere il trattamento ad intervalli di due mesi fino ad ottenere una Wassermann negativa; ed anche allora sarà bene sottoporre il malato ancora ad un'ultima cura combinata.

Nella cura della lue nel secondo stadio col salvarsan, i malati talvolta presentano un'affezione dei nervi cranici (neurorecidiva). Tale affezione è un'indiretta conseguenza della cura col salvarsan. Questo rimedio agisce rapidamente sulle spirochete nel sangue e nei tessuti; si arresta quindi la naturale formazione reattiva di anticorpi; non raggiunge invece le spirochete annidate nelle meningi e nel liquor, la cui virulenza è quindi aumentata per la mancata produzione di anticorpi.

La neurorecidiva si evita e si cura in vari modi:

1° Usando l'argento-salvarsan.

2° Iniettando per 10 giorni soltanto il mercurio e procedendo quindi alla cura combinata mercurio-salvarsan.

3° Combinando le iniezioni di mercurio o di salvarsan con delle iniezioni endorachidee di salvarsan-sodio nella dose di 1-1.35 mg. (diluito in 50-100 ccm. li liquor evacuato con la puntura lombare).

Nel terzo stadio della lue è difficile rendere negativa la Wassermann. Si tenta di raggiungere lo scopo con due cure di mercurio e di salvarsan combinate eseguite ad un intervallo di 3-4 mesi. Se la Wassermann si mantiene positiva si potrà riprendere la cura solamente dopo trascorsi 2-3 anni.

La cura col salvarsan è molto efficace nell'aortite luetica, ed altrettanto lo è quella combinata di mercurio e salvarsan. Per evitare delle recidive è necessario eseguire per 2-3 anni due serie di iniezioni di neosalvarsan all'anno (nel modo descritto sopra).

Nella *lues carebri*, nella tabe e nella paralisi progressiva il mercurio può essere talvolta dannoso; la cura più adatta consiste in iniezioni di argento-salvarsan ed in iniezioni endorachidee di salvarsan-sodio.

POLLITZER.

NEUROLOGIA.

Gli esiti definitivi della sutura dei nervi.

(W. THORBURN. *British Medical Journal*, 25 settembre 1920).

Le ferite dei nervi sono state durante la guerra numerosissime. Al riguardo si è avuto un materiale di studio che per la sua abbondanza non ha precedenti. In un gran numero di casi si è proceduto alla sutura secondaria dei tronchi interrotti, ed in non pochi casi anche all'innesto, per modo che ora a distanza di tempo si uò avere un materiale sufficiente per giudicare della efficacia del trattamento.

La rigenerazione di un nervo periferico si compie in ogni caso mediante lo sviluppo in lunghezza dei cilindrassi del moncone centrale, i quali si incanalano nelle guaine del moncone periferico e raggiungono così la loro destinazione terminale. I cilindrassi centrali sono connessi con neuroni motori o sensitivi, mentre le guaine residue del moncone periferico conducono ad un organo terminale, motore o sensitivo. Si deve quindi riconoscere che, a parte il fatto della continuità anatomica, perchè si abbia un buon risultato funzionale è necessario che un numero sufficiente di cilindrassi entrino in un sufficiente numero di guaine capaci di condurli nella loro giusta direzione. Se invece cilindrassi motori prendono la via di guaine connesse con organi sensitivi, e cilindrassi afferenti prendono la direzione delle guaine che conducono alle fibre muscolari il risultato funzionale è nullo. È perciò che la sutura di un nervo puramente motore con un nervo puramente sensitivo non è seguita da alcun risultato funzionale.

È chiaro quindi che i cilindrassi efferenti devono entrare nelle guaine motrici, ed i cilindrassi afferenti nelle guaine sensitive. Ma non basta. Occorrerebbe anche che i cilindrassi provenienti dal moncone centrale prendessero, per quanto è possibile, la via delle stesse guaine nelle quali si trovavano precedentemente le loro continuazioni, dalle quali furono separati per effetto del trauma. In effetti se le cellule motorie del midollo dell'estensore lungo del pollice fossero messe in relazione con le guaine delle fibre che si distribuiscono al *brachialis anticus*, le quali si trovano nello stesso nervo, ne risulterebbe una confusione fisiologica, in quanto che il midollo spinale non potrebbe più convenientemente incanalare gli impulsi provenienti dal cervello. Fatti analoghi di errata interpretazione e localizzazione degli stimoli sensitivi si avrebbero nel caso di nervi afferenti. Non è dubbio che questi fatti possono essere col tempo modificati a mezzo della rieducazione, ma non è men certo che quando non si ponesse mente ad eliminare nei limiti del possibile tali inconvenienti, la rieducazione potrebbe in taluni casi essere difficile o anche senza effetto.

È necessario adunque che l'istradamento, o « aiguillage », come dicono i francesi, dei cilindrassi sia fatto con la maggiore precisione. Deve essere evitata innanzi tutto la sutura di tronchi motori con nervi sensitivi. Al riguardo è appena necessario ricordare che le così dette anastomosi dei due monconi di un nervo sezionato su di un nervo sano vicino è un non senso.

Il combaciamento dei cilindrassi del moncone centrale con le rispettive guaine del moncone periferico incontra in pratica difficoltà spesso insormontabili anche quando la sezione dei due monconi è netta. I due tratti del nervo al momento di separarsi sono spostati da movimenti di rotazione per modo che il combaciamento esatto dei monconi nelle condizioni preesistenti al trauma è presso che impossibile. Naturalmente le difficoltà sono maggiori quando la sutura si fa a mezzo di innesto.

D'altra parte i risultati istologici e fisiologici possono essere soddisfacenti nel senso che a rigenerazione avvenuta la eccitazione del nervo determina la contrazione dei muscoli ai quali si distribuisce, e che gli stimoli sensitivi sono più o meno correttamente avvertiti. Ma malgrado ciò i risultati pratici possono essere scarsi nel senso che il paziente è incapace di adoperare la parte lesa come faceva prima del trauma. Questo difetto può essere in rapporto a fatti psichici o può essere dovuto a modificazioni secondarie muscolari e articolari o anche ad una forma di atassia per la quale mentre ciascun muscolo può singolarmente compiere la propria funzione, la azione sinergica dei muscoli è deficiente. Tale atassia locale è probabilmente dovuta alla mancata rigenerazione delle fibre afferenti profonde che regolano e controllano la azione muscolare.

E si può avere anche il caso opposto, cioè che il risultato pratico sia migliore degli esiti fisiologici, e ciò in rapporto al fatto che la funzione dei muscoli paralizzati può essere compiuta da altri muscoli innervati dai nervi illesi.

Le statistiche date dai vari autori su gli esiti definitivi delle suture dei nervi non sono molto concordanti.

Tinel in 108 casi di suture o innesti nervosi ebbe in 14 casi insuccesso completo, in 22

guarigione praticamente completa e nei rimanenti soltanto miglioramento.

Daw notò nel 40 % dei suoi casi il ritorno dei movimenti dopo sette mesi.

Sherren in tutti i suoi 21 casi ottenne il ritorno della funzione motoria ma in modo incompleto.

Kennedy esaminando dopo un lungo periodo di tempo i suoi operati constatò un completo successo nel 73 %.

Dumas in 115 casi di lesioni del radiale ebbe con la sutura il 42 % di guarigioni, negli altri casi insuccesso o solo miglioramento con sintomi evidenti di rigenerazione del nervo.

Soyce ottenne in 36 casi di suture di nervi 8 guarigioni, 6 miglioramenti notevoli, 8 miglioramenti leggeri e 14 insuccessi.

Souttar e Twining in 61 casi ebbero 7 guarigioni sicure, 32 miglioramenti notevoli o quasi guarigioni, 7 esiti incerti, 2 insuccessi: di 13 non ebbero più notizia.

Adson in 30 casi ottenne un sensibile miglioramento quasi in tutti: nel 58 % ritornò perfetta la sensibilità, nel 62 % la motilità, nel 67 % il trofismo normale.

Tali statistiche dimostrano che la sutura dei nervi dà buoni risultati nell'uno o due terzi dei casi. Ma è dubbio sempre che anche nei casi di apparente guarigione si abbia una perfetta *restitutio ad integrum* del tessuto nervoso, tenuto conto che la inabilità motoria di gruppi muscolari può essere in parte compensata dall'azione di altri.

I risultati degli innesti paiono ancora meno confortanti, tanto che, sempre ove sia possibile, è meglio ricorrere alla sutura previo ravvicinamento dei monconi.

D'altra parte ci sono condizioni materiali che influenzano favorevolmente o sfavorevolmente la prognosi della sutura dei nervi. I nervi che si distribuiscono a grandi muscoli e specialmente a muscoli omogenei, come il nervo radiale, dànno risultati migliori in confronto dei nervi la cui distribuzione muscolare è piccola e complicata, come il nervo mediano e l'ulnare. Le lesioni doppie sono più gravi, così la sutura contemporanea del mediano e dell'ulnare non dà che leggeri miglioramenti.

Il tempo richiesto per la guarigione è grandissimo. Pare che la rigenerazione dei cilindrassi progredisca di un millimetro al giorno, per modo che per lo sviluppo di fibre dalla ascella fino al polpastrello dell'indice sono necessari 200 giorni, e dalla metà della coscia al piede due anni circa. Stopford in 52 casi di sutura del radiale al terzo inferiore, medio e superiore del braccio trovò che il muscolo lungo supinatore comincia a riprendere la sua motilità rispettivamente quattro, cinque e sette mesi dopo l'operazione. Lo stesso Stopford per altro trovò che la guarigione è più perfetta quando la lesione è più prossimale e quindi la sutura si fa più in vicinanza del midollo spinale, ciò che può spiegarsi sia per la vicinanza al centro trofico delle fibre, sia perchè l'operazione è tecnicamente più facile sui grossi tronchi che sui piccoli.

Secondo l'esperienza personale dell'autore le suture del nervo radiale dànno i migliori successi ed in genere la motilità ritorna più perfetta nei muscoli prossimali che in quelli distali. Gli estensori del braccio di regola riacquistano perfettamente il loro potere, meno l'estensore comune delle dita e meno ancora gli estensori dell'indice e del pollice. Per quel che riguarda il mediano si ha il ritorno incompleto della sensibilità in una grande proporzione dei casi, e la motilità dell'adduttore breve del pollice solo nel 45 %. La sutura dell'ulnare dà i risultati meno soddisfacenti, il ritorno della motilità dei muscoli intrinseci della mano è scarsissimo.

In genere il trattamento operativo inteso a rimuovere la compressione subìta da un nervo dà risultati sempre migliori di quelli ottenuti con la sutura in seguito alla sezione. Solo si deve notare che è più raro che scompaia completamente l'atrofia dei muscoli innervati dal nervo compresso. Ciò pare sia in rapporto ad un processo neuritico determinato dalla compressione stessa. *dr.*

Note terapeutiche sull' epilessia essenziale.

(P. CLARK. *The Boston Med. and Surg. Journal*, settembre 1920).

Finchè l'epilessia essenziale si faceva consistere tutta nello spasmo muscolare, la sua interpetrazione con lo studio delle sindromi epilettiformi consecutive a malattie cerebrali o a stimoli sperimentali poteva andare; ma oggi, che un difetto della coscienza è riconosciuto essere la sua condizione fondamentale, è tutt'altra cosa. L'anatomia e l'istologia patologica ci hanno deluso. La disfunzione endocrina ci aiuta in qualche caso tutto particolare. Il deterioramento profondo sociale ed economico dell'epilettico rende inane il tentativo di mettere in rapporto le alterazioni del cervello con le lesioni dei fattori mentali proprie della malattia.

Sembrò per un certo tempo, che lo studio della così detta epilessia affettiva, a base nettamente emozionale, dovesse portare la soluzione del problema, ma essa si differenziava com-

pletamente dall'epilessia essenziale, perchè: 1° chiari fattori psicogeni esistevano; 2° mancava la vera e propria diatesi epilettica; 3° era negativa all'azione dei farmachi; 4° era responsiva alla psicoanalisi e alla psicoterapia, cioè alla cura con fattori morali. Essa quindi non ha aiutato gran che l'esteso gruppo delle epilessie essenziali, con le quali si trova pressochè nell'istesso rapporto in cui si trovano epilessie organiche e funzionali.

Il Clark dopo gli studi del Curdy, del Campbell, del Kirby e di altri ha stabilite le caratteristiche strutturali della personalità dell'epilettico, prima che la sindrome esploda in sintomi grossolani. Tali stigmate psichiche sono: l'egocentrismo, l'estrema ipersensibilità, marcata povertà emozionale, rigidità d'ideazione e di mentazione. Esse possono coesistere con la sindrome convulsiva, non hanno sempre un rapporto direttamente proporzionale con l'intensità di questa, ma esistono sempre, anche da sole e caratterizzano l'epilettico: su di esse uno stimolo comune, uno sforzo di adattamento, un contrasto, un conflitto, svilupperà la sindrome convulsiva; se esse vi sono, si potrà prevedere in un giorno più o meno lontano la reazione epilettica motoria. La quale va dagli atti di ostinazione, dagli scatti di collera, dall'attitudine di sognatore, ecc., man mano fino agli attacchi di «piccolo male» e poi di «gran male», dopo del quale il temporale accumulatosi nel cielo della vita dell'epilettico, si rischiara, finchè nuove nubi non si addenseranno e si sarà daccapo. Tale reazione epilettica è un riflesso di difesa, perchè essa chiude la porta alla realtà e riduce il soggetto al grado più basso di responsività organica, al grado dello stato comatoso. Nella fase automatica dopo gli attacchi di piccolo male vi sono deliri calmi e passeggeri durante i quali il soggetto dice o fa delle cose che, messe insieme e minutamente analizzate, dimostrano (come nei delirii della febbre o da sostanze tossiche o degli stati maniaci) un rapporto intimo con i conflitti della vita quotidiana, e scoprono livelli sempre più profondi di contrasti emozionali. da quello, p. e., di liberarsi di un compito ingrato, a quello della lotta sessuale, giù giù fino alla propria casa, fino in una culla o nelle braccia materne.

Da tali studî già vantaggi curativi son conseguiti, p. e., gli elaborati sistemi delle colonie di epilettici, ove questi possono vivere in uno stato di tensione non superiore alla loro resistenza. Il metodo di cura specifico dell'epilettico deve: 1° analizzare i conflitti speciali ch'egli deve incontrare nella sua vita, e notare la sua maniera di affrontarli; 2° portare a sua conoscenza la situazione ed educarlo al controllo. Una piccola scheda giornaliera concretizza la maniera con la quale l'epilettico giorno per giorno, a poco a poco può imparare i metodi di vincere i suoi difetti di carattere. In molti casi si prende nota dal paziente stesso dei difetti analizzati, o vengono questi compendiati dal medico educatore, affinchè il paziente possa dominarli. Ma le conversazioni educative nè potranno rimuovere del tutto il difetto di carattere nell'epilessia essenziale (giacchè non si tratta di una nevrosi, ma di un profondo disordine della vita istintiva), nè sono indelebili, in quanto che la facilità a dimenticare e la crisi epilettica spazzano via spesso le incrostazioni educative formatesi su quello sfondo di carattere. Niente però va perduto. Negli stati più gravi, se l'epilettico ha un contenuto mentale nei suoi automatismi, esso, valorizzato con la psicoanalisi, può servire a preparare l'adatto *vaccino mentale*. Bisogna tener presente che il paziente è eminentemente sensitivo, e ogni conversazione esplicativa ed educativa può essere penosa sino al punto da immagazzinare il grado di tensione latente capace di esplodere in una crisi; occorre quindi molta diplomazia in esse, quale si può esplicare con abboccamenti preparatorî su argomenti generali, con l'inclusione di un gran numero di pazienti nel problema dei difetti, sì da eliminare l'offesa personale, con una lode giudiziosamente e a tempo espressa specialmente a principio ed in fine della conversazione, e così via dicendo. Il miglioramento della cura si nota con la diminuita frequenza dei conflitti sia coscienti che incoscienti, i quali ultimi si spiano negli automatismi. Talvolta bisogna ricorrere a metodi indiretti di ammaestramento, p. e., nelle particolari mansioni quotidiane, nelle occupazioni giornaliere dell'epilettico, sì da espandere la sua personalità al di fuori, e soddisfare in una maniera sana la sua tendenza di dominare la realtà. Tutto ciò non guarirà che di rado, ma inquadrato con le altre cure fisiche migliorerà fortemente l'epilettico, e nel peggiore dei casi arresterà o almeno rallenterà il fatale deterioramento della sua personalità.

GENTILE.

Nella nostra Sezione Medica pubblicheremo prossimamente: Sulla Patogenesi dei versamenti che sopravvengono nel corso di un pneumotorace - Ricerche cliniche e citologiche - per F. Dumarest e F. Parodi, direttore il primo ed assistente quest'ultimo del Sanatorio Popolare Felix Mangini ad Hauteville (Ain).

CENNI BIBLIOGRAFICI

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione

Les blessures du foie et des voies biliaires par le doct. SOUBEYRAN (professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Montpellier). 1 vol. in-8 con 73 figure. — Librairie Félix Alcan, Paris 1920. — Prix 12 frs.

L'autore, dopo brevi cenni storici generali sia sulle lesioni del fegato che su quelle delle vie biliari, espone in un capitolo le principali nozioni anatomiche, sopratutto topografiche, ed accenna in pari tempo alle applicazioni chirurgiche.

Divide il lavoro in tre parti: La prima parte è dedicata alle ferite del fegato ed il loro studio è basato su 297 nuove osservazioni. Nel capitolo dell'etiologia considera le ferite d'arma da fuoco e quelle da strumenti da taglio; un capitolo dedica all'anatomia patologica in cui, oltre lo studio delle ferite del fegato e delle relative conseguenze, descrive le lesioni degli organi vicini, l'evoluzione ed il processo di riparazione delle ferite del fegato.

Seguono i capitoli della sintomatologia, complicazioni, diagnosi e prognosi.

Una parte importante tiene il capitolo del trattamento in cui fa precedere alcune considerazioni sulle indicazioni che si possono così riassumere:

Si deve decidere a favore dello intervento:

1° Quando i segni di emorragia sono netti, sopratutto se il tragitto della ferita sembra interessare le vicinanze dell'ilo, che sanguigna più abbondante delle altre regioni del fegato.

2° Quando si suppone un'altra lesione viscerale.

3° Quando esista un corpo estraneo voluminoso nel fegato, per il pericolo d'infezione.

Bisogna astenersi dall'intervento:

1° Quando i segni d'emorragia sono nulli o poco importanti.

2° Se, dato il caso precedente, vi è la certezza che è leso solo il fegato.

3° Quando il ferito è sotto *shock* gravissimo, perchè allora è troppo tardi.

Accenna poi alle vie di accesso al fegato considerando:

1° *La via addominale* (incisione mediana o laterale a seconda che interessa scoprire più il lobo sinistro o il destro; incisione obliqua, parallela al bordo costale, che scopre tutto il fegato; accenna pure alla incisione combinata, verticale ed obliqua, di Mayo-Robson).

2° *Via addomino-toracica* in cui la incisione addominale è combinata con la resezione extrapleurale del bordo costale temporanea o definitiva.

3° *Via transpleuro-frenica* con resezione costale unica o multipla, che si presta per aggredire le parti posteriori e laterali del fegato.

Siccome nelle ferite del fegato il sintomo più importante è l'emorragia, l'autore passa in rivista i vari mezzi di emostasi: Termocauterio al rosso; Torcipressura; Getto di vapore sotto pressione sulla ferita (Sueguireff); Aria calda (Czerny); Soluzione di gelatina (Brin, Gosset, Giordano); Pinzettamento dei vasi e legatura; Legatura in massa; Pinze emostatiche per 48 ore (Faure); Sutura a punti staccati, sutura ad U con imbricazione delle anse (Walther); sutura a borsa (Waring); accenna ad alcuni processi speciali di sutura, come quelli di Ceccherelli e Bianchi che, per dare sostegno ai punti, usano delle placche di osso di balena preparate; Star usa allo stesso scopo la cartilagine; Martina il magnesio; Segale l'avorio, Delbet l'osso decalcificato ecc.

In tutti i casi in cui nessuno dei mezzi precedenti può essere applicato usa il tamponamento e drenaggio.

Nella seconda parte del lavoro tratta delle lesioni delle vie biliari, che, secondo l'autore, sono poco frequenti data la loro ubicazione, in parte nascosta dal fegato.

Accenna in vari capitoli all'etiologia, anatomia patologica, sintomatologia, diagnosi e prognosi.

Nel capitolo della cura osserva che l'incisione più favorevole per operare sulle vie biliari è quella ondulata di Bevan, o quella a baionetta di Behr. Consiglia la sutura nelle ferite della vescichetta biliare a margini netti. Se la ferita invece è irregolare ed urge di far presto ricorre alla colecistotomia; nei casi di vescichette molto maltrattate ed infiammate pratica la colecistectomia.

Per i canali biliari consiglia la sutura tutte le volte che può farsi, in caso contrario il tamponamento.

Nella terza parte del lavoro passa in rivista 297 osservazioni di ferite del fegato e delle vie biliari pubblicate durante la guerra dal maggio 1915 al maggio 1918, e chiude il lavoro con una ricca e completa bibliografia.

A. GIGLIO.

CAROZZI A.: *La chirurgia del pancreas.* — L. Cappelli, ed. 1 vol. in-8 gr. di pag. 283.

Molto opportunamente l'A. fa notare come oramai, per la maggiore precisione dei mezzi di ricerca e per lo accrescersi delle osservazioni cliniche ed anatomo-patologiche, non sia più lecito asserire, come si legge in molti trattati, anche recenti, che le malattie del pancreas sono estremamente rare. E per ciò che

si riferisce alla chirurgia di questa ghiandola, si può affermare anzi che, in questi ultimi anni, la letteratura si è arricchita di contributi importanti, i quali dimostrano come l'intervento operatorio vada diventando sempre più frequente e necessario.

Rapidamente, ma in modo chiaro quanto preciso, il Carozzi si occupa dell'*anatomia descrittiva* e *topografica*, della *fisiologia* e *semiologia* del pancreas, per affrontare il campo della *patologia*, che inizia con la *traumatologia*. Dalle semplici contusioni alle ferite della recentissima guerra, tutto è raccolto e condensato in questo capitolo, ricco di nozioni utilissime.

Le pagine che l'A. ha scritto intorno alla *necrosi acuta* vanno meditate, perchè dimostrano come le difficoltà diagnostiche di questa perniciosa forma clinica non siano insormontabili, ciò che ben dimostrano le 18 diagnosi esatte poste dal Körte, prima dell'intervento, in 24 casi, occorsigli fino al 1911.

L'angustia dello spazio ci vieta di soffermarci su i singoli capitoli; segnaliamo soltanto ai lettori quelli sulle *pancreatiti*, sulla *litiasi pancreatica* e sulle *cisti del pancreas*, come meritevoli di speciale attenzione. La parte che si riferisce ai tumori ha uno sviluppo limitato; ampia, ben trattata ed esauriente è invece quella, che espone le *note* di tecnica chirurgica, come modestamente le chiama l'A. Per ogni capitolo e fin dove gli è stato possibile il Carozzi ha raccolto la casistica nota e quella inedita, confortandola di una ricca messe d'indicazioni bibliografiche.

La chirurgia del pancreas non è certamente nel dominio di tutti; nondimeno il libro merita larga diffusione perchè ci fa conoscere ed apprezzare al suo giusto valore un argomento fin ora poco studiato.

T. F.

Dott. VINCENZO CAGNETTA: *Chirurgia dell'uretere*. 1 vol. in-8 gr. di pag. 292. — Roma, Cooperativa Tipografica Luigi Luzzatti, 1920.

L'autore fa una lunga, dettagliata e completa esposizione di tutta la chirurgia dell'uretere, comprendendo in tale esposizione anche la chirurgia endoscopica, ossia quegli atti operativi che si possono praticare sull'uretere attraverso il cistoscopio operatore (Bransford-Lewis; Leo Buerger; Young).

Quale contributo casistico, descrive:

1° Un caso di ureterotomia esplorativa (supposto calcolo che non fu trovato).

2° Cinque casi di ureterolitotomia, di cui quattro ebbero un regolare decorso post-operatorio; in uno solo fu poi praticata la nefrectomia, ma trattavasi di un caso particolarmente sfavorevole e la prima operazione era stata fatta per una infiltrazione urinosa periureterica.

3° Un caso di tentata e non riuscita ureterorrafia, per una ferita dell'uretere da pugnale.

4° Tre casi di uretero-cisto-neostomia: due per cistectomia parziale (l'uno con esito ottimo, e l'altro seguito da morte in quinta giornata per insufficienza renale) e il terzo per fistola uretero-vaginale secondaria a operazione di Wertheim, con esito favorevole.

5° Tre casi di intervento sugli ureteri e sul trigono, per estrofia della vescica, e cioè: uno d'impianto del trigono nel sigma con esito favorevole; uno d'impianto previa entero-anastomosi laterale; uno d'innesto dei due ureteri separatamente nel sigma, con morte in 6ª giornata; ma trattavasi di una cachettica con epitelioma della vescica estrofica e con lesioni renali antiche.

6° Due casi di ureterostomia bilaterale: nell'uno come intervento palliativo per epitelioma della vescica inoperabile; nell'altro come tempo ultimo in una cistectomia totale.

7° Finalmente un caso di ureterectomia totale, in seguito a una nefrectomia per tubercolosi.

b. m.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Medica inglese.

(88ª Riunione annuale).

Il significato clinico e il decorso della endocardite subacuta batterica.

LEWIS TH. (*presidente*), prima di dare la parola ai relatori, mette in rilievo l'importanza dello studio di tale malattia, sia per il suo grave significato pronostico, sia perchè essa sfugge spesso all'osservazione clinica, venendo male interpretati certi segni fisici, fra cui particolarmente il pallore e le dita a clava.

TH. HORDER (*relatore*). — Da questa forma vanno escluse le endocarditi del reumatismo acuto o subacuto (in cui le vegetazioni sono amicrobiche), quelle ulcerose, di breve durata dipendenti da setticemia, e quelle terminali delle malattie croniche.

L'inizio è spesso insidioso, con perdita delle forze, colorito scialbo, anemia, diminuzione di peso, febbre. Vi sono di solito segni di endocardite e di lesioni valvolari antiche: si verificano embolismi in diverse parti del corpo: l'emocoltura è quasi sempre positiva, ottenendosi uno streptococco a brevi catene, raramente il bacillo di Pfeiffer od un germe a basso potere patogeno.

Il decorso è lento, ma fatalmente progressivo fino alla morte, che interviene in un periodo variabile da tre mesi a 2 anni, per insufficienza cardiaca, uremia, embolismi. All'autopsia si riscontrano vegetazioni endocardiche con poche o punte ulcerazioni e numerosi focolai di embolismo. La frequenza di tale malattia è del 5 ‰ sugli ammalati ammessi in ospedali: il maggior numero di casi si manifesta fra 15 e 50 anni e particolarmente fra 20 e 40; gli ammalati hanno spesso avuto attacchi di reumatismo o di corea, dopo i quali è trascorso un lungo intervallo di pieno benessere; lo Starling, allo stesso Congresso, ha riferito numerosi esempî di soldati che avevano continuato il servizio di guerra in prima linea fino ad una settimana prima dell'ammissione. Ciò dimostra anche quanto ne sia insidioso l'inizio, sicchè spesso anche in pazienti, che hanno frequenti contatti col medico, non si può stabilire quando sia cominciata la malattia. Questa va sospettata e si deve quindi procedere ad attenta ricerca dell'infezione endocardica, in presenza dei seguenti sintomi: malesseri vaghi, leggera anemia, perdita non rilevante di peso, febbre irregolare, sudori, dolori vaganti agli arti, alla schiena, alle articolazioni delle dita, aree di arrossamento o di sensibilità alle mani od ai piedi. Talvolta la malattia si rivela improvvisamente con sintomi dovuti ad embolismo, quali un dolore acuto al fianco sinistro (milza) al braccio, ematuria (rene), difetti visivi (retina).

Quattro sono i segni più importanti:

1º *Embolismi arteriosi multipli*, che possono anche essere piccolissimi e si formano: *a) nella pelle*, in forma di petecchie, particolarmente alla base del collo e sopra le clavicole, oppure con aree e noduli dolorosi ed alterazioni di colore specialmente ai polpastrelli delle dita delle mani o dei piedi, od anche alle palme ed alle piante; talvolta il paziente accusa un dolore acuto, a puntura di spillo, che passa presto e lascia un'area leggermente indurata e di colore più scuro; *b) nelle articolazioni e tessuti periarticolari*, con sintomi analoghi al reumatismo, da cui però differiscono per l'unilateralità, la localizzazione insolita (dorso del piede, articolazione sterno-clavicolare), la presenza di edema locale, la mancanza di versamenti; *c) nel rene*, in cui il dolore intenso, che simula una colica renale, è seguito poi da ematuria; i piccoli emboli passano spesso inosservati e vanno ricercati con analisi sistematiche dell'urina continuate per serie di dieci giorni, per ricercarvi tracce d'albumina ed emazie; *d) nella retina*, in cui si scoprono piccole emorragie, che danno ragione degli scotomi accusati dal paziente.

2º *Endocardite.* — Non sempre manifesta: spesso i segni sono dovuti ad antiche lesioni. Mancano in questa forma il particolare carattere dei rumori e la loro variabilità, che si osservano invece nell'endocardite fungosa. Al contrario dell'endocardite reumatica, in cui si ha sempre un maggiore o minor grado di cardite, mancano segni che dimostrino l'insufficienza cardiaca; è anzi raro osservare aritmia, o segni di dilatazione o scompenso.

3º *Isolamento di microrganismi dal sangue.* — L'emocoltura può dare risultati ripetutamente negativi, anche con una tecnica accurata, nè si può, in tal caso, concludere per una prognosi migliore. Ad ogni modo è bene insistere anche con la speranza di arrivare ad una immunoterapia.

4º *Febbre.* — Accompagna invariabilmente la malattia, di cui costituisce spesso il primo accenno. La curva è il più spesso irregolare, remittente, quotidiana: qualche volta si hanno periodi apiretici, accompagnati da miglioramento dello stato generale, da aumento di peso, ciò che fa ritenere che il processo infettivo subisca delle soste. Nella fase terminale si osserva apiressia, indizio di esaurimento dei tessuti e di stato astenico.

Molti sono i problemi che fa sorgere lo studio di questa malattia. In complesso gli streptococchi isolati possono tutti ricondursi al tipo, che fa parte della flora normale del nostro organismo. Si può quindi supporre che vi siano focolai (tonsille, tessuti periodontali, appendice) in cui tali germi si moltiplicano, aumentano di virulenza, ed invadono poi la corrente sanguigna; il possedere cognizioni più sicure in proposito potrebbe portare a prevenire la malattia. Potrebbe poi darsi che il primo stadio fosse più comune di quanto riteniamo e che solo l'esistenza di una valvola lesa rendesse letale una temporanea batteriemia.

Ci è poi affatto ignota l'importanza dei diversi fattori, il focolaio primitivo, la resistenza dei tessuti, le lesioni dell'endocardio, la virulenza del

germe, conoscenze che potrebbero indirizzare i nostri sforzi verso una cura razionale. Siamo poi completamente all'oscuro circa le cause delle remissioni spontanee ed il significato delle emocolture ripetutamente negative.

LIBMAN E. — L'O. distingue anzitutto i difetti valvolari (dovuti al virus reumatico, sifilitico, ecc.) dall'endocardite propriamente detta, di origine reumatica, sifilitica, batterica.

L'endocardite reumatica è spesso accompagnata da pericardite, da arrossamento cutaneo sulla cute delle articolazioni, da eritema nodoso; le lesioni sull'endocardio sono piccole, sode, coperte da endotelio, con presenza dei corpi di Aschoff, nel miocardio (nella forma batterica si hanno invece i corpi di Brach-Wachter). L'endocardite batterica può essere suddivisa in due gruppi, acuta e subacuta: la prima dura circa sei settimane, è quasi sempre letale ed è dovuta a streptococchi *emolitici*, a pneumo-meningo-stafilococchi.

La forma subacuta è invece causata nel 95 % dallo streptococco *anemolitico* e nel rimanente dal bacillo dell'influenza (eccezionalmente dal gonococco). L'O. propone quindi la denominazione di *endocardite subacuta streptococcica od influenzale.*

Le caratteristiche cliniche consistono particolarmente nei segni di embolismo (petecchie con *centro bianco*, aneurismi, noduli dolorosi cutanei — nodi di Osler). I pazienti accusano dolorabilità allo sterno, hanno faccia color caffè e latte, modico tumore di milza: il decorso può presentare svariate modalità cliniche: in alcuni si osserva insufficienza renale da glomerulo-nefrite e morte per uremia; in qualche caso la splenomegalia fa sospettare la malattia di Banti. Non sempre poi si trovano nel sangue i microrganismi, chè anzi il 25 % delle persone, che sono state infette dallo streptococco anemolitico, perdono poi l'infezione e muoiono per le sue conseguenze.

La prognosi è grave, però non assolutamente disperata, avendo l'O. osservato 4 guarigioni su 150 casi.

Per quanto riguarda la profilassi, tenuto conto che *la malattia s'insedia soltanto su valvole già precedentemente lese* dal virus reumatico, basterebbe poter prevenire la febbre reumatica, ciò che purtroppo non siamo finora in grado di fare. Si potrà frattanto procedere alla immunizzazione con streptococco anemolitico e prendere le misure per prevenire l'infezione nei pazienti con malattie valvolari: curarne quindi tutti i possibili focolai infettivi (denti, tonsille, seni, ecc.).

POYNTON F. S. — L'endocardite reumatica non sarebbe abatterica e quella successiva subacuta non sarebbe che il risveglio d'un'infezione latente.

CAREY COOMBS. — L'agente infettivo ha relativamente poca importanza, tanto è vero che esso non è costante. Data la grande estensione delle superficie mucose, non è sufficiente, per la profilassi, curare la sepsi orale. Grande importanza ha la profilassi della cardite reumatica.

GOW A. E. — I sintomi osservati sono di natura embolica e tossica: e questi ultimi vanno ascritte certe manifestazioni cutanee (eritemi), l'anemia, il dimagrimento, la febbre, i sudori. La frequenza, con cui si isola un germe con l'emocoltura, varia secondo i tempi e sembra ora diminuita. L'O. consiglia di ricorrere alla puntura della milza.

Un segno della malattia sarebbe la leucocitosi (10,000-20,000) a cui fa contrasto in qualche raro caso la leucopenia.

La malattia sembra ora relativamente più frequente del periodo prebellico.

STARLING H. S. — Fa rilevare l'inizio insidioso, sicchè la malattia può per 5-6 mesi permettere al paziente di attendere ad occupazioni anche gravose, senza avvertire disturbi. Ha osservato il pallore nel 95 %, le dita a clava nel 76 %, il tumore di milza nell'81 %, i grandi fenomeni embolici nel 39 %, le petecchie dal 58 al 100 %. Si hanno spesso periodi apiretici di 3-4 settimane: la dilatazione cardiaca non è notevole, il polso, di solito, frequente, la dispnea affatto leggera fino agli ultimi giorni. La prognosi è sempre infausta.

GIBSON A. G. — Le petecchie possono confondersi con i *naevi* piccolissimi; esse, d'altra parte, non sono patognomoniche, osservandosi anche in altre malattie. Probabilmente la denominazione di endocardite subacuta batterica comprende due tipi clinici diversi, l'uno con miglioramenti e guarigioni, l'altro a prognosi infausta: disperati sono i casi con emocoltura positiva.

Poche speranze possono fondarsi sulla vaccino- o sieroterapia, alcune forse sulla chemio-terapia. L'O. ha ottenuto miglioramenti con le iniezioni endovenose di sublimato corrosivo.

(*British med. Journ.*, 28 agosto 1920).

fil.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

SEMEIOTICA.

Il punto dorsale nella colica epatica.

Fra le irradiazioni dolorose della colica epatica vi è il dolore alla spalla destra, che di solito è puramente subbiettivo ed assai vago.

R. Panley (*Lyon médical*, 1919, p. 517) ha fatto ricerche per vedere se ad esso corrisponda un punto doloroso localizzabile obbiettivamente.

In 21 casi trovò di fatto un punto doloroso alla pressione fra le apofisi vertebrali ed il margine della scapola destra a livello del 4°-5° spazio intercostale, a 2-3 cm. di distanza dalla linea mediana. Tale punto differisce da quello descritto da Chauffard, in corrispondenza dell'8ª-11ª vertebra.

Il miglior modo di rilevare il detto punto doloroso è quello di far sedere il paziente sul letto, e, stando a destra di esso, di premere col pollice sinistro sugli spazi intercostali, fra la colonna vertebrale e le apofisi spinose, dall'alto al basso.

Quando si arriva al 4°-5° spazio, il paziente fa una smorfia dolorosa ed un soprassalto, lamentandosi di forte dolore.

Come controllo, si può ripetere la manovra dal lato sinistro, dove qualche rara volta si ha pure un dolore, molto meno intenso.

Questo punto dorsale va distinto dai punti dolorosi della neuralgia intercostale, che sono proprio in prossimità della colonna vertebrale e non già a 2-3 cm. di distanza; nella neuralgia inoltre vi sono anche gli altri punti, laterale ed anteriore.

Mentre poi i punti cistico, epigastrico, xifoide, costale (estremità dell'8ª costola) si trovano anche in altre affezioni (malattie gastriche, del colon e dell'appendice), il punto dorsale, secondo l'A., non si troverebbe nelle ulcere gastriche e duodenali nè nella appendicite. Il segno è dovuto alla iperestesia nell'area di distribuzione della branca posteriore del 4° e 5° nervo dorsale. *fil.*

Il " segno della punta „ nella sciatica.

È un nuovo segno descritto da Chiray e Roger nel *Journal des Praticiens*.

Occorre che il malato sia a piedi nudi: lo si fa rizzare prima sulla punta del piede sano: egli resiste bene in tal posizione; invitato a far lo stesso sulla punta del lato malato non resiste: il malato accusa astenia da questo lato, mai dolore. La difficoltà di tale movimento è determinata da sola impotenza muscolare non da dolore; compare precocemente ed esiste in più del 50 % delle sciatiche floride.

Dal punto di vista prognostico dell'affezione, la mancanza di tale segno depone in senso favorevole nel corso della malattia poichè indica che i neuroni motori sono indenni. La sua presenza si collega con alterazioni muscolari e reazioni degenerative iniziatesi.

Il segno scompare con la guarigione della sciatica. MONTELEONE.

CASISTICA.

Le disbasie funzionali nei vecchi.

I disturbi funzionali dell'andatura, nei vecchi, possono dividersi, come quelli degli adulti, in *disbasie* (dissociazioni dell'automatismo) e *stasobasofobie* (fenomeni che inibiscono l'automatismo in dipendenza di stati emozionali).

Trascurando le disbasie isteriche, gli accennati disturbi possono essere funzionali lievi, generalmente curabili, o gravi, in cui l'evoluzione dipende dallo stato mentale del soggetto; vi sono altresì (E. M. Quesnel: *Thèses de Paris*, rif. in *Presse médicale*, 3 luglio 1920) disturbi organo-funzionali, in cui trovasi all'origine l'elemento organico, sia articolare, sia osseo, sia d'indole neurologica. Trattasi talvolta di pseudoparalisi, con predominanza del fattore funzionale, talaltra, invece, prevalgono i segni organici; in generale il psichismo deficiente di tali individui porta un elemento di gravità.

Complessa è la patogenesi delle disbasie senili; alcuni ritengono che sia in giuoco l'amnesia spinale, altri insistono sull'anestesia plantare (analogia con i disturbi isterici), altri infine mettono in rilievo l'idea fissa. L'A. inclina ad ammettere una teoria mista: i centri cerebrali, coordinatori delle idee, avrebbero una parte importante; vi si associerebbero l'insufficienza lacunare del vecchio, ed il suo psichismo deficiente, con tutto il corteo degli stati di fobie, le idee fisse, l'amnesia, i fenomeni emotivi.

La forma trepidante, dovuta forse ad arteriosclerosi cerebrale non è l'esagerazione dell'andatura a piccoli passi, ma è specialmente una forma emotiva, come la forma spastica.

Il malato disbasico si presenta come un cerebellare, oppure come uno spastico, o come un paraplegico, più o meno completo. L'integrità della forza muscolare, la scarsezza dei segni organici, l'esecuzione normale dei movimenti nel decubito orizzontale, l'importanza dei segni funzionali nella stazione eretta o durante il cammino daranno le indicazioni per

la diagnosi. Le differenti forme si distingueranno facilmente per i loro segni particolari, fenomeni emozionali nelle disbasie trepidanti, spastici, o paraplegici, nelle forme spasmodiche o paralitiche.

La prognosi dipende: *a*) dallo stato generale del malato; *b*) dal suo psichismo; *c*) dall'ambiente in cui vive; *d*) dalla diffusione ed importanza delle lesioni organiche.

Il trattamento, oltre a quello abituale (idroterapia, rieducazione, ecc.), è psicoterapico, ed in ciò ha notevole influenza il medico, che può diminuire l'importanza del fattore funzionale, migliorando notevolmente le pseudoparaplegie dei vecchi. *fil.*

Ptosi ereditaria delle glandole lacrimali orbitali.

La ptosi bilaterale della glandola lacrimale (W. Löhlein, *Münchener Medizinische Wochenschrift*, giugno 1919) può essere causata da processi infettivi acuti e cronici. Nei processi acuti si tratta per lo più di dacrioadeniti metastatiche ematogene, facilmente diagnosticabili per l'imponenza dei sintomi — forte tumefazione del lato esterno della palpebra superiore, iperemia, dolorabilità, eventualmente formazione di ascesso — i quali si aggiungono ai sintomi della malattia infettiva primaria. Nei processi cronici, invece (malattia di Mikulicz, forme leucemiche, pseudoleucemiche, linfosarcomatosi, forme tubercolari), la scarsezza dei sintomi locali è causa di facili confusioni con un'affezione non infiammatoria, la *glandula lacrymalis mobilis*. Nella maggior parte dei casi tale anomalia è una conseguenza della cosiddetta *blefarochalasis*, cioè di una atrofia della pelle limitata alla palpebra superiore, che si manifesta nei due primi anni di vita, per la quale la pelle atrofica, sottile come un foglio di carta, con molte pliche perchè aumentata nella sua estensione, ricorda la pelle che ricopre la palpebra superiore dei vecchi. Vi sono però dei casi nei quali la ptosi delle glandole lacrimali è causata unicamente da un'anomalia costituzionale. L'A. descrive un caso di questo genere, in cui tale anomalia è ereditaria. Una ragazza di 18 anni soffre dall'età di 4 anni di ptosi bilaterale della glandola lacrimale. Presenta alla parte esterna delle palpebre superiori una tumefazione sferica, che a forma di sacco ricopre il margine palpebrale superiore, e che alla palpazione si rivela grossa quanto mezza noce, ben distinta dalla pelle soprastante, di consistenza dura, superficie un po' irregolare, indolente. La pelle sovrastante non è arrossata nè in alcun modo alterata, le congiuntive sono normali. Le due glandole lacrimali furono allontanate operativamente, e l'esame istologico le dimostrò completamente normali. Il padre dell'ammalata aveva sofferto nell'infanzia della stessa malattia, e ne era guarito spontaneamente verso i 20 anni. Sono conosciuti anche altri casi di riposizione spontanea delle glandole lacrimali mobili.

Il substrato anatomico di tale predisposizione ereditaria alla ptosi delle glandole lacrimali consisterebbe in una rilassatezza del legamento sospensorio, che fissa la glandola alla periorbita, oppure in un'abnorme grossezza e pesantezza dell'organo. In tali condizioni, dei movimenti bruschi o dei traumi lievi possono forse provocare una ptosi della glandola lacrimale.

POLLITZER.

TERAPIA.

Soluzioni fisiologiche saline e soluzioni fisiologiche zuccherate.

Le soluzioni fisiologiche adoperate all'inizio della sieroterapia isotonica erano sempre, ed esclusivamente, costituite da soluzioni isotoniche al siero sanguigno (scrive Richaud, *Paris Médical*, n. 29, 1920): ben presto vi vide che queste soluzioni non erano proprio le meglio convenienti a mantenere l'integrità morfologica e funzionale degli elementi anatomici del sangue e dei tessuti. E ciò era evidente dappoichè gli umori organici non contengono solo cloruro di sodio: a poco a poco così le soluzioni isotoniche di cloruro di sodio furono rimpiazzate da soluzioni più complesse: siero di Hayem, siero di Cantani, siero di Loke, ecc., sieri compresi tutti sotto il nome di *sieri salini*.

Molto più tardi si pensò di sostituire ai sieri salini dei sieri semplicemente zuccherati.

Effetti generali
delle grandi iniezioni di sieri salini.

Gli studi all'uopo eseguiti hanno portato alle seguenti cognizioni:

1° Nell'animale sano possono, senza danno, iniettarsi per via endovenosa quantità enormi di soluzioni saline isotoniche, superiori alla massa del sangue.

2° L'eccesso di liquido oltre che essere immagazzinato nei vasi, passa negli organi di deposito (sierose-fegato, ecc.).

3° Aumentando il liquido, i reni danno uscita ad esso.

4° In alcuni stati fisiologici (anestesia cloroformica) non funziona il regolatore renale ed il liquido va a formare degli edemi.

5° A questi edemi portano, nell'uomo, i traumi dei centri nervosi.

D'altra parte è dimostrato che le grandi iniezioni di sieri salini isotonici portano:

1° Ad un aumento della pressione sanguigna (donde la indicazione nelle grandi emorragie). Essendo tale supplenza del siero di sangue, da parte di un siero salino isotonico, sopratutto di ordine meccanico, esso non può essere che momentaneo, e ciò non è poco.

2° Negli organismi disidratati grandi quantità di siero portano alla reidratazione (quindi l'indicazione nelle enteriti infantili gravi e, in genere, in tutte le diarree profuse coleriformi.

3° I sieri salini iniettati nel sistema venoso, lasciando l'organismo sia attraverso i reni, sia attraverso l'intestino realizzano quello che Dastre chiama il *lavaggio del sangue* (quindi l'indicazione in alcune tossicazioni in uno col salasso evacuatore).

Azione diuretica degli zuccheri.

Richet e Martin dimostrarono che l'iniezione intravenosa di zucchero di latte determina una poliuria intensa: il volume di liquido secreto sorpassa di molto quello iniettato: si ha una vera disidratazione del sangue la quale però ha un limite, sorpassato il quale non solo non si ha più poliuria, ma anuria con fenomeni diarroici portanti ad una intensa eliminazione intestinale dello zucchero in eccesso.

Ciascun zucchero ha però un coefficiente diuretico proprio e se chiamiamo con
V il volume di soluzione zuccherata iniettata;
V' il volume eliminato, abbiamo

$$D = \frac{V'}{V} \quad \text{donde} \quad V' = V\,D$$

Con Arrous possiamo ammettere che il coefficiente diuretico degli zuccheri cresce in ragione inversa del loro peso molecolare, od in ragione diretta cioè della loro tensione osmotica: infine per uno stesso zucchero il coefficiente diuretico è indipendente dalla dose di zucchero iniettato, ma aumenta con la concentrazione della soluzione.

Impiego terapeutico dei sieri zuccherati.

La prima via adoperata fu la via gastrica, ma ben presto, riconosciutane l'inutilità, abbandonata, si ricorse alla via venosa e sottocutanea.

I. *Sieri zuccherati isotonici.* — Le indicazioni sono:

1° In tutti i casi in cui sono adoperati i sieri salini, essendo altrettanto diuretici;

2° Devono esser sostituiti ai salini ogniqualvolta vi sia ritenzione di cloruri.

Essendo gli zuccheri molto meno tossici dei sali possono iniettarsi nelle vene fino a 1300 c.c. di soluzione iso o paraisotoniche di glucosio, saccarosio, lattosio.

Stando alle precedenti asserzioni di Arrous, si diede sul principio la preferenza al glucosio che ha un basso peso specifico: ora la scelta dello zucchero non ha più grande importanza e considerazioni di ordine economico fanno preferire lo zucchero di canna o il lattosio ed all'incirca soluzioni vicino all'isotoniche, soluzioni paraisotoniche possono aversi sciogliendo 45 grammi di glucosio o 90-95 grammi di zucchero di canna o di lattosio in 1000 c.c. di acqua.

II. *Sieri zuccherati ipertonici.* — Danno luogo ad abbondantissima diuresi. Possiamo anche iniettare nelle vene zucchero al 25 per cento senza che l'animale ne risenta danno. Mentre la diuresi provocata dalle iniezioni isotoniche di zucchero, porta ad una diuresi per *lavaggio del sangue*, la diuresi provocata dalle iniezioni di sieri ipertonici si fa a spese dell'acqua, del sangue e dei tessuti, si ha una diuresi per *disidratazione*. Ed è questa disidratazione che porta alla sete intensa, all'oliguria e talora all'anuria alla quale sono votati i malati ai quali si ripetono le iniezioni senza restituire sotto forma di bevande l'acqua così estratta dal sangue e dai tessuti.

Ma gli effetti delle soluzioni ipertoniche non si limitano ad una diuresi disidratante: ma tali sieri hanno azione toni-cardiovascolare (Fleig) ed antitossica rispetto ad alcune sostanze (Richet figlio e Lesnè).

Fleig in base a questa triplice azione ne consiglia l'uso postanestesico.

La quantità di saccarosio adoperabile per la preparazione dei sieri ipertonici varia entro limiti assai larghi fra 200 e 250 gr. per mille.

MONTELEONE.

I pericoli delle iniezioni ipodermiche.

O. Thonsen (*Hospitalstidende* e *Med. Review*, luglio 1920) ha osservato, durante l'epidemia d'influenza a Copenhagen non meno di dieci casi di flemmone gasoso, consecutivo ad iniezioni ipodermiche di medicamenti. La genesi di tali casi devesi riferire al fatto che il bacillo di Welch-Fränkel, che è comune nelle feci, nella polvere, sui cibi, ecc., è sporigeno e quindi resiste molto all'azione del calore e dei disinfettanti. In condizioni normali, la vitalità dell'individuo lo rende resistente a piccole quantità di microorganismi eventualmente introdotti; nelle gravi malattie adinamche, invece, l'attività battericida è ridotta ed il microrganismo patogeno prende il sopravvento.

È quindi necessario prevenire pericoli di tal genere con una scrupolosa asepsi. Questa invece è spesso trascurata, anche in molti grandi stabilimenti chimici, in cui si preparano le

fialette per iniezioni. Gli olî son tenuti a bagnomaria per 15-20 minuti, ciò che è insufficiente, le fialette non sono sterilizzate, ma spesso soltanto lavate con acqua bollente. Alcune soluzioni, poi, come p. e. quelle di cocaina, non sopportano la temperatura di 100°; per averle sterili è quindi necessario filtrarle a traverso candele di Chamberland o di Berkefold; anche da esperienze dell'A. risulta che tale procedimento non altera la soluzione nè qualitativamente, nè quantitativamente.

Anche il medico, talora, può essere incolpato: non è molto frequente che la siringa, l'ago, la cute del paziente, le mani dell'operatore siano bene sterilizzate.

La siringa e l'ago dovrebbero essere bolliti per almeno un'ora (ciò che è eccessivo per i germi comuni ed insufficiente per quelli sporigeni. *N. d. Redatt.*), e la disinfezione della cute dell'ammalato deve essere fatta realmente. È certo che con una grande accuratezza i pericoli possono essere ridotti al minimo. L'A. esige altresì che si stabiliscano delle norme precise e severe per la preparazione dei medicamenti per iniezioni, regole che dovrebbero venire compilate con l'assistenza di un batteriologo ed incluse nella Farmacopea.

fil.

Le forti dosi in terapia. Un caso di morte da piramidone.

Frank Duprat (*Journal des Praticiens*, n. 37, 1920) dedica a coloro i quali preconizzano le forti dosi in terapia la descrizione di un caso di morte per somministrazione *cosciente* di 45 ctg. di piramidone ad un fanciullo di cinque anni.

Si trattava di un bambino di 5 anni (con anamnesi familiare e personale negativa) curato nel proprio domicilio per morbillo lieve.

Lagnandosi il p. di cefalea un medico prescrive la sera 10 ctg. di piramidone: non essendo cessato il disturbo lo stesso medico il giorno dopo prescrive 45 ctg. di piramidone da prendersi in una sol volta, prescrizione di alta dose *cosciente* in quanto alla madre che timidamente faceva osservare la notevole quantità segnata, il medico rispondeva «potersene dare dosi infinitamente più forti».

Trenta minuti dopo l'ingestione il bambino si copre di sudori abbondanti, ha movimenti convulsivi degli arti superiori: col progredire di tali fenomeni in 24 ore con anuria, polso filiforme, collasso cardiaco, il p. muore. Una puntura lombare e degli esami di laboratorio permisero di scartare la diagnosi di complicazioni meningee.

MONTELEONE.

Il cacodilato di sodio ad alte dosi in terapia.

È recente il metodo delle iniezioni ipodermiche o intravenose ad alte dosi, intendendo come tali le dosi raggiungenti ed oltrepassanti perfino i 50 ctg. di cacodilato nelle 24 ore.

A dosi massive tale medicamento è un *tonico* in quanto aumenta il numero di globuli rossi, l'emoglobina, risveglia l'appetito ed aumenta il peso, ha una notevole *azione antiparassitaria* ed essendo, parzialmente, eliminato dalla pelle ha influenza favorevole su un gran numero di *affezioni cutanee.*

Levrat usa la via ipodermica, Maréchal quella endovenosa, Rozis (*Gazette des Hôpitaux*, n. 65, 1920) la via intramuscolare meno dolorosa.

Levrat impiega la soluzione al 15 per 100 Thérasse al 25 per cento, Patry al 30 e Maréchal al 50 per cento.

La formula impiegata da Levrat è la seguente:

Cloridrato di cocaina	gr. 0.05
Cloridrato di morfina	» 0.10
Cacodilato di sodio	» 15.00
Alcool fenicato al 5 p. 100 .	gocce 4.00
Acqua dist. q. s. per	c.c. 100

soluzione questa che ha il vantaggio di conservarsi per lungo tempo e di essere indolore.

Il cacodilato sarà dato a dosi progressivamente crescenti cominciando da 15 ctg. (Levrat e Thérasse), 0.30 (Patry), 0.50 e spesso 1 gr. come usa Maréchal.

Per via sottocutanea si faranno due iniezioni per settimana, 6-10 per serie; 2 serie con intervallo di 15 giorni.

Accidenti locali: nessuna reazione locale: l'eliminazione si fa rapidamente in 3 giorni.

Accidenti generali: febbre, vomito, diarrea, eruzioni cutanee, emottisi (tubercolosi polmonare), albuminuria, nevriti, accidenti tutti però eccezionali.

Controindicazioni nei bacillari: le forti temperature, le enteriti, la nefrite (lesioni renali estese), emottisi.

Applicazioni in chirurgia: *nelle anemie post-emorragiche chirurgiche* (polipi naso-faringei, fibromatosi) magari unito alle soluzioni fisiologiche; *nelle tubercolosi ganglionari ed ossee.*

Applicazioni in medicina: *nelle diverse malattie del sangue* (eccettuata la clorosi); *in affezioni respiratorie* (asma, enfisema, tubercolosi polmonare); *nel diabete magro, nel reumatismo cronico, in numerose affezioni del sistema nervoso* (corea, nevrastenia, gozzo e-

softalmico); *nei convalescenti di grandi infezioni* (influenza); *nella malaria; nella sifilide; nella febbre ricorrente; nell'angina di Vincent; nella lebbra; negli eczemi ribelli; nelle psoriasi, lupus, eritema nodoso.*

MONTELEONE.

L'uso terapeutico dell'ossigeno.

L'anossiemia è la condizione in cui la quantità di ossigeno è insufficiente ai bisogni della vita; essa può dipendere da diversi ordini di cause: 1° mancata saturazione del sangue arterioso con ossigeno (diminuita pressione dell'ossigeno nell'aria, come, p. e., a grandi altezze, oppure impedimenti al passaggio dell'aria al sangue); 2° rallentamento della circolazione, per cui il sangue rimane a lungo in contatto con i tessuti; 3° difetto di emoglobina utilizzabile nel sangue (anemia); 4° alterazioni nella curva di dissociazione dell'ossiemoglobina, per cui essa fornisce meno ossigeno che abitualmente (avvelenamenti con ossido di carbonio, nitriti, idrogeno arsenicale).

La presenza di cianosi indica anossiemia, ma vi può essere questa senza cianosi, come accade, p. e., nell'intossicazione da ossido di carbonio. La cianosi, che è il segno clinico dell'anossiemia, può osservarsi, sia nella cute, per riduzione dell'emoglobina, e senza distensione delle vene, come accade nelle malattie respiratorie, sia specialmente nelle mucose, accompagnata da ripienezza delle vene.

Comunque, la cianosi richiede sempre la somministrazione d'ossigeno. Il modo con cui questo viene di solito somministrato, con l'imbuto collocato in prossimità della faccia, non può dare grandi vantaggi, perchè con tale metodo non si aumenta che del 2 % al massimo la quantità d'ossigeno: oltre a ciò l'imbuto dà un senso di soffocazione. Un metodo migliore consigliato da R. D. Rudolf (*Amer. Journ. of med. sciences*, 1920, pag. 10) consiste nel somministrare l'ossigeno, per mezzo di un tubo di gomma introdotto in una narice e mantenutovi con striscie di cerotto; meglio se frattanto un assistente tiene chiusa l'altra narice durante l'inspirazione. Tale metodo esige un grande consumo di ossigeno, ma è molto efficace ed i pazienti visibilmente cianotici per polmonite da influenza migliorano in pochi minuti: la cianosi scompare ed il respiro si fa più calmo e profondo.

fil.

La cura borica nell'epilessia.

L'uso dei bromuri, nell'epilessia, anche se associato con la dieta ipoclorurata, è spesso accompagnato da disturbi gastro-intestinali, fino all'intolleranza: eruzioni acneiche e depressione psichica ed intellettuale.

P. Marie (Académie de Médecine, 1920, n. 22) richiama l'attenzione sulla efficacia del tartrato doppio di boro e potassio, che attenua notevolmente il numero e l'intensità dei fenomeni convulsivi. L'A. somministra 3 cucchiai al giorno della seguente soluzione: tartrato boro-potassico g. 20; glicerina pura g. 10; acqua distillata q. b. p. g. 300.

La cura, istituita sopra 10 malate, che presentavano complessivamente 139 accessi convulsivi e 166 vertigini, al mese, fece scendere tali cifre a 43 e 138 nel primo mese di cura ed a 32 e 58 nel terzo mese; in qualche malata le manifestazioni epilettiche scomparvero del tutto.

Importante è il rilevare l'assenza di sintomi d'intolleranza a carico dell'apparato digerente e di fatti di depressione psichica. Risultati soddisfacenti si ebbero anche in casi di epilessia traumatica.

Differente è il modo d'azione dai bromuri; per questi si tratta di diminuzione del potere di reazione dei centri nervosi: per il tartrato boro-potassico, invece, il medicamento agirebbe proprio sulla lesione (quale?) che determina l'epilessia. Circa 30 anni fa, il borace era stato usato da Gowers, che però non aveva ottenuto buoni risultati, sia perchè il borace ha una composizione chimica variabile, sia perchè la cura era stata fatta in modo saltuario.

fil.

Leucemia e benzolo.

Nella cura della leucemia il benzolo si somministra preferibilmente per via orale, meglio se associato ad altri rimedi (arsenico, raggi X, thorio). Sono consigliabili le piccole dosi; nelle forme croniche g. 1.5 al giorno, nelle acute fino a g. 4. Nei casi favorevoli si ha dapprima aumento, poi riduzione dei leucociti, con prevalente riduzione delle forme immature e patologiche, e conseguente ritorno alla formola leucocitaria normale. Aumentano poi le emazie ed il contenuto emoglobinico; si riducono l'epato- e la splenomegalia, cade la febbre, migliora lo stato generale. Variabile è il contegno delle piastrine.

Il malato va tenuto sotto controllo ematologico. Le dosi del medicamento vanno diminuite in modo progressivo e rapido, quando si nota una costante tendenza alla diminuzione dei

leucociti, in modo da interrompere presto l'uso del benzolo. Sorpassando il limite, si avrebbe una leucopenia più o meno grave e l'insorgenza di emorragie delle mucose.

Il benzolo però (F. Ravenna, *Riforma medica*, 14 gennaio 1920) non si dimostra efficace in tutti i casi di leucemia e può dar luogo, anche in dosi medicamentose, a fenomeni di intolleranza e di intossicazione.

fil.

L'azione della canfora nelle emorragie polmonari.

Le emorragie polmonari che si presentano nel corso della tubercolosi si possono dividere, se si prescinde dall'emoptoe iniziale (emorragia dal parenchima) per la quale l'aiuto terapeutico non è mai necessario, in due gruppi: emorragie da stasi ed emorragie da rottura.

La canfora, dice K. Zeher (*Zeitschr. f. Tuberkulose*, n. 5, 1920), efficacissima nelle emorragie dell'uno e dell'altro gruppo, agisce in ognuno di essi per un meccanismo diverso. Nelle emorragie da stasi il malato emette di solito poco sangue, di colore scuro, non schiumoso; il polso periferico è piccolo. Queste emorragie frequenti negli stadi avanzati della tubercolosi sono una conseguenza della stasi polmonare dovuta a fenomeni d'insufficienza circolatoria, al cui determinismo concorrono la debolezza cardiaca e la debolezza vasomotoria, la quale ultima può giungere talvolta fino alla paralisi vasale tossica.

Si comprende facilmente come tanto la debolezza cardiaca quanto quella vasomotoria vengano prontamente rimosse o migliorate dalla canfora. Inoltre l'uso continuato di piccole dosi di canfora, migliorando i disordini circolatorî, potrà in tal modo prevenire le emorragie polmonari da stasi.

Nelle emorragie da rottura viene emessa una gran quantità di sangue rutilante, spumoso; il polso periferico è normale. L'azione della canfora è specialmente evidente in quelle emorragie che non hanno tendenza a cessare spontaneamente.

In questi casi la canfora agisce eccitando il centro vasocostrittore; essa provoca in tal modo una costrizione dei vasi degli organi interni (ciò che rende possibile il processo di coagulazione nel vaso polmonare leso) e una dilatazione dei vasi periferici. A tale scopo sono necessarie dosi elevate di canfora.

POLLITZER.

Le inalazioni di etere nella cura del tetano.

Sono consigliate da Andrain (*Progrès médical*, 20 settembre 1919), che le ha sperimentate con successo, ottenendo sette guarigioni su otto casi. Il caso che fu mortale si presentava gravissimo; probabilmente ha contribuito all'esito infausto il fatto che l'etere era impuro per derivati clorati.

La somministrazione si pratica facendo inalare ogni due minuti un cucchiaino da caffè di etere; quantità totale 60 cmc. al mattino ed alla sera.

r. s.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

L'innervazione parasimpatica dei muscoli striati.

Due sono le proprietà fondamentali del muscolo striato, dice E. Frank: la contrattilità e il tono. La contrattilità è una proprietà delle fibrille, ed è governata dagli impulsi che dalle cellule delle corna anteriori del midollo vengono condotte per la via del nervo motorio; il tono è una proprietà del sarcoplasma, ed è sostenuto da fibre parasimpatiche, le quali decorrono nelle radici spinali posteriori. Mentre l'apparato fibrillare è troficamente dipendente dalle cellule motorie (perdita dell'eccitabilità ed atrofia dopo la sezione del nervo motorio), il sarcoplasma è troficamente del tutto indipendente dall'apparato nervoso (dopo il distacco dai nervi parasimpatici aumenta l'eccitabilità del sarcoplasma, ciò dà origine alla « reazione degenerativa »: assenza della rapida contrazione fibrillare, reazione tarda e lenta a stimoli galvanici, meccanici, chimici). L'abolizione degli impulsi moderatori cerebrali, la somministrazione di fisostigmina e di tutti gli altri farmaci parasimpaticotonici fanno aumentare il tono dei muscoli striati, mentre il tono viene abolito se il sarcoplasma è staccato dàl sistema nervoso parasimpatico (sezione delle radici posteriori, cocainizzazione del muscolo) o se vengono somministrati dei farmaci simpaticotonici (adrenalina). Il tono muscolare è dunque retto dal sistema parasimpatico; ciò è confermato anche dalle ricerche di Schäffer che ha dimostrato (*Berl. Klin. Wochenschr.*, n. 31, 1920) che la contrattura di Tiegel viene favorita dai farmaci parasimpaticotonici, inibita da quelli simpaticotonici.

POLLITZER.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1229) *Cura della malaria nelle donne gravide.* — All'abb. 5074, Vall'Alta:

L'esperienza degli antichi, confermata da moderne statistiche, dava l'aborto tra le gravide affette da malaria come un incidente relativamente frequente. Da molti in passato l'aborto è stato attribuito alla somministrazione della chinina. Ma fin dal 700 uno dei più grandi studiosi di malaria, il Torti, pensava che l'aborto *processisse non a remedio sed a morbo.*

In favore della dipendenza dell'aborto dalla cura chininica vennero tutte le esperienze sul potere ecbolico della chinina.

È stato dimostrato infatti che la chinina può provocare contrazioni dell'utero e rinforzarle, specialmente se esse si sono naturalmente iniziate; sperimentalmente non s'è riuscito a provare l'effetto abortivo dell'alcaloide. Sulla guida di alcuni casi clinici, sembra che la chinina possa avere efficacia abortiva in soggetti, per altra ragione, particolarmente disposti all'aborto.

Ma d'altra parte è stato osservato che frequentemente in donne cachetizzate e gravemente anemizzate, la malaria è, *per sè*, causa di aborto, e, secondo l'esperienza di cultori dell'argomento, può perfino provocare metrorragie in donne non incinte, in corrispondenza dello scoppio dell'accesso febbrile (Ascoli).

Queste ultime constatazioni hanno di recente incoraggiato i medici ad usare largamente in donne gravide la chinina a dosi generose. I resultati sono stati ottimi: per lo più guarisce la malaria, e non avviene l'aborto.

Non si deve più esitare dinanzi ad una malata di malaria incinta a somministrare la chinina: il rimedio stesso può impedire quell'aborto che è causato dalla malattia e determinare benefici incalcolabili sullo sviluppo del feto.

La chinina va saggiata con prudenza e le dosi vanno scalarmente elevate, se la donna presenta minaccia di aborto.

Dinanzi ad uno di tali casi, in cui la chinina può rendere più forte il pericolo, il medico potrà anzi ricorrere, come succedaneo della chinina, al neosalvarsan, ricordando però che l'effetto specifico non eguaglia quello della chinina, specialmente per quel che riguarda la recidività.

t. p.

(1230) *Opoterapia nelle nefriti acute.* — Al dott. L. O., abb. 10468:

Nessuna cura opoterapica nelle nefriti acute è da consigliare. Il siero renale di Teissier (siero di sangue delle vene emulgenti), il quale dovrebbe contenere supposte sostanze della secrezione interna renale, utili a contrapporsi alle anche sospettate nefrolisine, ha attraversato un quarto d'ora di una certa fama, ma poi è stato quasi dimenticato. Nelle nostre mani, in casi di nefrite acuta con uremia, non ha dato apprezzabili utili resultati.

L'adrenalina si può somministrare nella soluzione al millesimo nella quantità di 20, fino a 40 gocce; qualcuno arriva a dosi molto più elevate, per bocca. Il rimedio, decantato da alcuni osservatori, è da altri ritenuto di nessuna vera efficacia. Un netto giudizio, in simili questioni di terapia su malattie, che hanno per sè spesso decorso favorevole, è difficile impresa.

t. p.

(1231) *Sulla tecnica delle iniezioni arsenobenzoliche.* — Al dott. Antonio Pizzo:

L'adrenalina per la sua proprietà vasocostrittrice si somministra nella cura endovenosa di preparati di arsenobenzolo (salvarsan, neosalvarsan) allo scopo di prevenire le *crisi nitritoidi* (eccessiva vasodilatazione) cui questi possono dar luogo.

L'*intramine* è un diorto-aminotiobenzolo preconizzato da MacDuragh, il quale si basò sul concetto di un'applicazione pratica in terapia della teoria ossido-riduttrice da lui ampiamente esposta nel *British Journal of Dermatology* (1918, 67).

Fu usata, ma senza risultati troppo incoraggianti, contro la sifilide ed anche nel lichen planus, nell'acne rosacea, nell'idroa estiva, specialmente nella dermatite arsenicale e nell'avvelenamento mercuriale.

V. M.

(1232) All'abb. n. 8659:

Circa l'eventuale ristampa dell'*Atlante-Compendio di Chirurgia Odonto-Stomatologica* del Preiswerk-Maggi, può chiedere informazioni al traduttore, dott. Giuseppe Marin, via Barbieri, Bassano Veneto.

Volendo, può fornirsi della traduzione francese, Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Altro testo consigliabile è il manuale del Friteau, *Dentistérie opératoire, anesthésie, prothèse.* Edit. Doin et Fils, 8 place de l'Odéon, Paris.

La Società Editrice Libraria di Milano ha anche pubblicato il *Manuale-Atlante di Odontoiatria Conservativa* del Preiswerk, trad. prof. dott. G. Fasoli, al quale può rivolgersi (Via Malpighi, 4, Milano) per schiarimenti.

PIPERNO.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Questioni sanitarie militari.

Terminata la grande guerra, smobilitati la maggior parte dei contingenti alle armi, le varie Nazioni studiano ora il nuovo assetto militare, che in termini sia pure ridotti, dovrà sussistere a rimanere a costituire una solida impalcatura per inquadrare, in caso di bisogno, le forze nazionali armate, ed uno dei servizi dell'esercizio sui quali presso di noi più si è discusso, da prima con intenzioni addirittura demolitive, e poi con più mite animo e pacato consiglio, è stato, senza dubbio, il servizio sanitario militare.

Non è a meravigliarsi, nè del primo *furor* distruttivo, nè della posteriore resipiscenza conservativa.

Troppo infatti si era gridato da molti, nell'immediato dopo-guerra, contro l'*elefantiasi sanitaria militare*, quasi che con l'ultimo colpo di cannone, sparato nel fatidico 4 novembre 1918, fossero guarite improvvisamente tutte le innumerevoli vittime del flagello, che ancora languivano e doloravano negli ospedali, gli storpi avessero gittato le stampelle ed i tubercolosi avessero riacquistato nuovi polmoni. Tutti questi dolori, tutte queste vittime sanguinanti sparivano nelle luci folgoranti della vittoria e poi... c'erano i proprietari dei vari stabili requisiti ad uso di ospedale che avevano fretta di riaver le case loro; c'erano i soldati di sanità che, a guerra finita, non avevano più ragione di considerare come un comodo imboscamento i vari ospedali territoriali, nei quali pure si stava così tranquillamente finchè tuonava il cannone, e strillavano, facevano comizii, divenivano turbolenti per poter liberarsi del non più dolce peso di assistere i loro fratelli ammalati; c'erano gli alti comandi, disposti a ridurre fino all'osso tutto, eccetto naturalmente sè stessi; e buon gioco aveva così chiunque si erigesse a deprecatore della smodata avidità con la quale i medici militari, effettivi e non effettivi, attraverso i loro lauti stipendi, continuavano, senza nessuna plausibile ragione, a succhiare il sangue della Nazione!... Ed allora il *verbo* suonò *demolizione*: si chiusero in fretta ospedali su ospedali, si ammassarono infermi su infermi, per poco i feriti od i mutilati non furono messi insieme con i tifosi o con i tubercolosi e, poichè le voci di ammonimento dei medici non bastavano, bisognò che gl'infermi stessi, con la loro voce dolorosa, che non poteva ritenersi interessata, gridassero *basta*, perchè l'incosciente azione distruttiva si fermasse.

Però rimanevano, grazie al Cielo, ancora parecchie cose sanitarie da distruggere, delle quali gl'infermi non potevano interessarsi direttamente, e prima ed anzi tutto gli alti uffici direttivi del servizio sanitario furon presi di mira. Che bisogno vi era infatti, per esempio, di una Direzione generale di Sanità?...

C'erano, sì, presso il Ministero della Guerra, una direzione della Fanteria, una del Genio, una dell'Artiglieria, ecc., ecc., ma che necessità c'era che vi fosse anche una Direzione di Sanità?... Il medico nell'Esercito deve contentarsi di eseguire e non deve dirigere niente...; per dirigere l'azione dei medici bastano gli ordini dello Stato Maggiore: e così anche la Direzione di Sanità fu condannata nel capo... E che significavano poi tutti quei grossi galloni che coprivano la zucca degli Esculapii militari?!!... Ma che generali, ma che colonnelli e tenenti colonnelli!... Piccoli gradi e piccoli stipendi devono bastare, e poi il medico deve o non deve, nell'Esercito, essere sempre un subordinato?...

E così, a grandi tagli, si sezionò e si notomizzò l'organico del corpo sanitario, in maniera che gli attuali ufficiali medici, qualunque grado ed età abbiano, possono allegramente considerarsi come aventi ciascuno raggiunto ormai il proprio bastone di maresciallo...

Nè mancarono altre piccole ed ingegnose risorse, non solo utilissime dal punto di vista economico, ma anche opportune per sollevare sempre più il morale dei medici militari.

Abolizione per essi del vantaggio di avere un cavallo, quel cavallo che è stato accordato perfino agli ufficiali di fanteria dal grado di maggiore in su, indennità professionale ridotta ad una cosa derisoria, ecc., ecc.

Giunti a questo punto però cominciò a manifestarsi un fenomeno che le menti illuminate dei riformatori non avevano, a quanto pare, preveduto: l'*esodo degli ufficiali medici*: isolate, a mazzi, a fasci cominciarono ad arrivare al Ministero della Guerra le pesanti carte da bollo, sulle quali, ad uno ad uno, i medici militari chiedevano di.... togliere il disturbo, e, vedete fatalità, erano proprio i migliori, quelli che si eran distinti nella carriera, che avevano avuto promozioni per meriti, che rappresentavano l'*élite* del corpo, che davano agli altri il triste esempio di questa.... defezione. Contemporaneamente un concorso, indetto dal Ministero della Guerra, per *provvedere al servizio* con la nomina di nuovi medici militari, aveva quel bel risultato che tutti sanno.

Non vi era più dubbio: occorreva dar macchina indietro ed il primo segno di questa nuova per quanto tardiva convinzione l'abbiamo avuta con la nomina di una Commissione di competenti per lo studio di una riforma del servizio sanitario nell'Esercito.

Sono note le proposte della Commissione che, con ampia veduta di insieme, ha studiato tutte le varie questioni che interessano il servizio sanitario militare e si è soffermata, con parole di giusto ammonimento, sulla necessità di elevare moralmente ed economicamente gli ufficiali medici, ed è noto anche che quell'uomo veramente illuminato che è S. E. il Ministro Bonomi ne ha accettato in massima le conclusioni.

Un primo effetto intanto è stato la firma del decreto che istituisce, in maniera permanente ed intangibile, la Direzione Generale di Sanità Militare presso il Ministero della Guerra, ed a questa, che è pura vittoria sanitaria, noi dalle colonne di questo Giornale incondizionatamente plaudiamo; ma questa sarebbe una semplice lustra se ad essa non seguisse l'applicazione di tutte le riforme che vennero caldeggiate dalla Commissione ed accettate dal Ministro.

Su queste utili modificazioni di tutto l'organamento sanitario militare italiano torneremo in un prossimo numero. SYDI.

Cronaca del movimento professionale.

Il Congresso Nazionale dei Medici condotti.

Si è riunito a Napoli, col concorso di gran numero degli associati. L'inaugurazione riuscì solenne; nominato l'ufficio di Presidenza del Congresso, s'iniziò la discussione sull'ordine del giorno. Tema prediletto del Congresso fu l'assicurazione contro le malattie. Ne riferì ampiamente il Presidente dell'Associazione, dott. Martinelli.

Iniziata la discussione ha parlato Facchini di Firenze, dimostrandosi contrario al progetto di legge Labriola per il pagamento *à forfait*, perchè non si può stabilire la quota fissa, ed ha concluso proponendo la sospensiva e presentando un lungo ordine del giorno col quale si delibera di combattere qualunque forma di assicurazione con pagamento *à forfait* e si invita la classe a tenersi pronta per qualunque altra azione che sarà ritenuta più adatta a respingere la sopraffazione.

Hanno parlato poi La Placca di Palermo, Guastalla di Arezzo, chiedendo schiarimenti sul decreto-legge che si trova avanti al Parlamento.

Il relatore ha fatto osservare che il progetto di legge è allo studio di una Commissione, assicurando che sarà di pieno gradimento dei medici condotti.

Patricelli ha esposto i pericoli che incontreranno i medici condotti dei grandi centri, perchè col tasso uguale ognuno cercherà di essere assistito da un medico di prim'ordine.

Aiello di Napoli presenta un ordine del giorno nel quale è detto: «Il Congresso dei medici condotti, mentre riafferma i suoi costanti precedenti voti in favore di ogni e qualsiasi legge di previdenza sociale che specialmente tenga di mira tutti gli istituti dell'assistenza delle malattie nel momento in cui il Parlamento è chiamato a sanzionare un progetto di legge obbligatorio contro le malattie; delibera ancora una volta: 1° l'assoluta sua volontà, che il diritto dei medici condotti non venga alterato; 2° che sia stabilita un'equa rappresentanza delle categorie negli ordini delle assicurazioni; di respingere qualsiasi disegno di legge che sia contro i diritti della collettività, che anela, come per il passato, al miglioramento delle condizioni della classe dei medici condotti».

Il dott. Costantino di Ceccano critica la legge ed invita i colleghi a «sabotarla». Di egual parere è il dott. Fabiani, che a conclusione della discussione presenta il seguente ordine del giorno, che viene approvato dal Congresso:

«Il Congresso, riaffermando il deliberato del Congresso di Perugia, che sanciva il principio dell'assicurazione obbligatoria delle malattie nell'interesse delle classi lavoratrici a guadagno limitato, con le dovute garenzie degli interessi morali ed economici della classe medica, considerando:

1° che la pericolosa attuale condizione della finanza italiana e le conseguenti oscillazioni del mercato rendono temporaneamente difficile e rischiosa l'applicazione della legge sull'assicurazione obbligatoria contro le malattie;

2° che per l'attuale continua ascesa economica delle classi lavoratrici non sussiste l'urgenza di detta legge come sussisteva nell'ante-guerra, e neppure tale necessità è sentita dai lavoratori stessi;

3° che per le mille gravi quistioni impellenti che lo Stato deve risolvere in rapporto prevalentemente al dopo-guerra non convenga affrontare una nuova grave incognita finanziaria, l'impianto di un colossale organismo burocratico, il rivoluzionamento dell'assistenza sanitaria;

in attesa di un assestamento del mercato monetario che permetta in base a computi approssimativi di fissare una quota stabile e sufficiente di assicurazione e un concetto sulla consistenza della retribuzione della mano d'opera;

propone la sospensiva della legge e insiste sulla necessità di risolvere immediatamente la questione ospitaliera e indica come mezzo di facile e sicura attuazione l'applicazione di sovraimposta sulla proprietà fondiaria destinata al funzionamento degli ospedali;

propugna, quando la sospensiva della legge sia rigettata dal Governo o dal Parlamento, quella modalità di assicurazione che stabilisce la sola indennità di malattia colla istituzione di medici di controllo, lasciando le attuali condotte mediche pei poveri, la libertà di esercizio medico e la libera scelta del medico ai malati, ritenendola la più morale rispetto agli assicurati ed ai medici, in quanto limita l'industria della malattia, impedisce la frode da parte del medico e dell'assicurato con beneficio della finanza dell'Istituto;

riferendosi al progetto della Commissione go-

vernativa, messa in rilievo la mancanza nel progetto di base finanziaria in rapporto alle estese finalità di esso, i pericoli morali ed economici pei medici e per gli assicurati;

delibera di combattere ogni altra forma di assicurazione con pagamento *à forfait*, che equivarrebbe al ritorno alla Condotta piena da cui ora, dopo tante lotte, i Medici condotti si sono liberati;

invita la classe a tenersi pronta per quell'azione che sarà ritenuta più adatta a sottrarla ad umilianti imposizioni, sopratutto a sopraffazioni ».

Il dott. Belli presenta, quindi, quest'altro ordine del giorno, anche a nome del prof. Valerio:

« Il Congresso, mentre riafferma i suoi costanti precedenti voti in favore di ogni e qualsivoglia legge di previdenza sociale che specialmente tenda al miglioramento di tutto l'istituto dell'assistenza delle malattie, nel momento nel quale la Camera dei Deputati è chiamata a sanzionare un progetto di legge di assicurazione obbligatoria contro le malattie, delibera ancora una volta:

1° l'assoluta sua volontà che i diritti acquisiti dei Medici condotti non vengano alterati;

2° che ogni prestazione loro richiesta sia compensata esclusivamente a visita e con tariffa concordata con gli Ordini dei medici;

3° una equa rappresentanza della categoria nella Commissione per la compilazione del Regolamento e negli organi delle assicurazioni;

4° il fermo proponimento di ricorrere all'azione diretta estrema quando nuove disposizioni di legge a vantaggio della collettività segnino ancora come per il passato un peggioramento delle condizioni della categoria dei Medici condotti ».

L'ordine del giorno Belli-Valerio è approvato con un'aggiunta, proposta dal dott. Oriano, per la nomina di una rappresentanza della Commissione per la compilazione del regolamento.

Nell'ultima seduta del Congresso dei Medici condotti, Gerenicola riferisce sulla Cassa di mutuo soccorso e legge il regolamento, che è approvato. E finalmente si passa alla grave questione della iscrizione alla Confederazione generale del Lavoro. Ricci di Ferrara propone la sospensiva che, dopo breve discussione, è approvata. E così è finita quest'altra grave questione che minacciava di far sconvolgere il Congresso.

Il Congresso ha approvato poi l'ordine del giorno Gerenicola per la quota sociale di L. 50 annue. Procedutosi alla votazione per l'ufficio di Presidenza, si è avuto il seguente risultato: presidente, Martinelli; vice-presidenti: Carobbio, La Plaga, Mancini e Oliaro. Si approva un ordine del giorno Valerio con cui si chiede che anche i medici condotti, come tutti gli impiegati dello Stato, debbano essere aiutati dal Governo a provvedersi dell'abitazione nella presente crisi edilizia.

Tutte le altre questioni vengono rimandate al prossimo convegno di Roma. Patricelli, a nome della Sezione napoletana, ha ringraziato i congressisti. Dopo di che la seduta ha avuto termine e il Congresso si è chiuso.

Il Congresso della Federazione degli Ordini dei Medici si tiene mentre il giornale va in macchina. Ne daremo presto il resoconto.

I Medici condotti di Roma.

In vista dei nuovi problemi che si dovranno discutere specie per quanto riguarda l'assicurazione obbligatoria contro le malattie, all'Ordine dei Medici di Roma si sono riuniti numerosi medici condotti per la loro riorganizzazione.

Sono stati eletti ad unanimità: presidente, il dott. Nicola Trulli; vice-presidente, il dott. Weis; segretario, il dott. Scarano; tesoriere, il dott. Cippitelli.

Vice-presidente in seno all'Associazione Nazionale, il dott. Lusignoli.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8533) *Medico interino - Stabilità - Concorso.* — Dott. C. D'A. da G. — Nella posizione in cui si trova presso codesto Comune non può avere acquistato nè acquista alcun diritto. Il Comune potrebbe riprendere la decisione sul concorso che non fu completamente esaurito nel marzo 1915 ed i medici che in quell'epoca presero parte alla prova possono avanzare analoga istanza al Consiglio comunale perchè curi di esaurire l'argomento.

(8534) *Concorsi per la nomina a medico condotto e ad ufficiale sanitario.* — Dott. C. N. da N. — Una delle condizioni necessarie per prendere parte a concorsi per la nomina a medico condotto e ad ufficiale sanitario o ad altri del genere, si è quella di *essere cittadino italiano*, a prova di tale requisito occorre produrre il relativo certificato dell'ufficiale dello Stato Civile vistato dal Presidente del Tribunale.

(8535) *Indennità caro-viveri.* — Dott. G. T. da T. V. — Anche chi è pagato a diaria giornaliera può aver diritto alla indennità caro-viveri sempre che copre un posto previsto nella pianta organica e privo di titolare. Il D. R. del 9 marzo 1919, infatti, non sottopone la concessione di tale indenuità al modo di pagamento dello stipendio, se, cioè, a mese compiuto o a giorni.

(8536) *Ricchezza mobile.* — Dott. B. D. da O. — Dal momento che nell'atto di nomina era stabilito che lo stipendio doveva essere netto di ricchezza mobile e dal momento che così lo ha percepito per trentatrè anni di seguito, non si potea pretendere la restituzione degli arretrati. Si potea, tutto al più, disporre pel tratto avvenire facendo salvi i diritti già indeclinabilmente acquisiti pel passato, giacchè ogni disposizione nuova deve sempre rispettare i diritti quesiti. Faccia ciò presente al locale Commissario, dichiarandogli che è intenzionata a far risolvere la quistione dal magistrato ordinario. Può essere inscritto alla Cassa pensioni come medico anzia-

no pagando in 10 anni quattro o cinquemila lire. La iscrizione minima è un decennio, a seguito del quale liquiderà la pensione di L. 3000.

(8537) *Pensioni.* — Dott. O. B. da B. — Le pensioni non vanno mai, per qualsiasi ragione, di là dalle lire 3000.

(8538) *Alloggio - Nuova assegnazione.* — Dottor E. B. da T. M. — Legalmente non ha ragioni da opporre per il divisato cambio di alloggio, giacchè il Comune era obbligato a darle alloggio gratuito, ma non *quel determinato alloggio,* con quel *determinato numero di stanze, di quel determinato valore locativo* e *con quelle tali comodità.* Dovea solo pensare a darle abitazione comoda, sana e dignitosa per un professionista. Se a tali condizioni il nuovo alloggio risponde non può muovere doglianza. Per gli accessorii da Lei fatti può sempre chiederne il valore. Veda, però, di fare pratiche bonarie con l'Amministrazione perchè receda dal suo proposito in vista del grave dissesto che il cambiamento produce ad un professionista che da ben 26 anni presta servizio nel Comune e che si è reso, per la lunga e non mai interrotta dimora, benemerito della cittadinanza. Per atto di deferenza personale non dovrebbesi insistere nell'ordine di tramutamento di sede.

(8539) *Medici esercenti in colonia.* — Dott. D. C. da M. — Non risulta che nelle Colonie vi sieno medici italiani impiegati dello Stato. Per esercitare la professione nelle Colonie è sufficiente la sola laurea conseguita in una delle Università del Regno.

(8540) *Esercizio della farmacia.* — Dott. A. D. C. da C. — Il titolare autorizzato di ciascuna farmacia è personalmente responsabile del regolare esercizio della farmacia stessa. Egli può farsi sostituire da un individuo diplomato solo temporaneamente. Il fatto, però, che egli abbia altrove la propria residenza non permette la gestione sussidiaria, che è stabilita solo per brevi assenze o per legali impedimenti del titolare. La vendita delle sostanze medicamentose da Lei indicate è libera a tutti e pertanto i farmacisti possono venderle anche senza la ricetta del medico. Il praticare iniezioni ipodermiche non è libero a tutti essendo essa una funzione spettante a chi esercita la medicina e la chirurgia. Nel caso che si possa accertare qualche contravvenzione del genere bisogna farne denunzia ad un ufficiale di polizia giudiziaria, che si trova sul posto. L'ufficiale sanitario interino è pubblico ufficiale.

(8541) *Limite di età per concorsi.* — Dott. G. P. da P. dei G. — La disposizione di cui nel R. Decreto del 18 settembre 1919, n. 1825, secondo cui i limiti di età stabiliti nei singoli casi per i concorsi, sono elevati di quattro anni, dura sino a due anni dopo la pubblicazione della pace.

(8542) *Indennità caro-viveri.* — Dott. G. N. da I. L. — L'indennità caro-viveri per i celibi è di lire 65 mensile. Essa fu stabilita con Decreto del 9 marzo 1919, n. 338.

(8543) *Pensione - Servizio utile per conseguirla.* — Dott. A. C. da S. C. del S. — Gli anni trascorsi sotto le armi vengono computati nel periodo utile per la pensione sempre che nel frattempo si siano pagati i contributi prescritti.

(8544) *Indennità caro-viveri.* — Dott. G. B. da F. — L'indennità caro-viveri spetta una sola volta. Però siccome essa è conglobata con lo assegno per il servizio che presta al presidio, deve considerarsi più come stipendio che come indennità. Ella può, quindi, ben ritenere l'intera indennità che riceve come medico del penitenziario.

(8545) *Estrazione dei denti.* — Dott. E. C. di G. — L'estrazione dei denti non può essere imposta obbligatoriamente al medico condotto, perchè per essa vi sono professionisti speciali debitamente diplomati. L'articolo del capitolato che impone tale obbligo deve essere modificato analogamente dal Consiglio Comunale e la relativa deliberazione sottoposta all'approvazione della Giunta Provinciale Amministrativa e del Consiglio Provinciale di Sanità.

(8546) *Modifiche al capitolato in corso.* — Dott. L. B. da C. T. — Nelle disposizioni che direttamente interessano il Sanitario il capitolato, che ha effetto contrattuale, non può essere modificato che col reciproco consenso delle parti. Non si poteva, pertanto, senza il suo beneplacito modificare l'articolo che permetteva ai condottati di essere nominati direttore dell'Ospedale. Contro la Deliberazione della Giunta Amministrativa con cui si approva la introdotta modifica può Ella ricorrere al Governo del Re, ai termini dell'art. 31 del Regolamento generale sanitario.

(8548) *Eguaglianza di servizio.* — Dott. V. B. da T. — Nessuna disposizione generale pareggia il servizio militare al servizio ospedaliero nel computo del tempo occorrente ad un sanitario per concorrere a posto superiore.

(8549) *Miglioramento economico.* — Dott. S. B. da P. M. — Come Ella dice nel quesito, la Giunta P. A. ha migliorato la condizione economica dei medici condotti della Provincia, ma non degli ufficiali sanitarii. Se così è, non deve recar meraviglia se il Comune abbia stanziato in bilancio tre soli sessennii perchè tanti ne sono trascorsi dalla data della nomina a medico condotto ad oggi.

(8551) *Ufficiale sanitario - Indennità caro-viveri.* — Dott. F. P. da U. — L'ufficiale sanitario non è impiegato comunale, nè ha stipendio. Non gli compete, quindi, indennità caro-viveri.

(8552) *Licenziamento per fine di prova.* — Dott. A. D. M. da T. — Stando al disposto dell'articolo 5 del capitolato non potrebbe essere licenziata alla fine del biennio di prova senza *aver commesse gravi e provate mancanze.* Però detto articolo non è in piena armonia con la legge la quale lascia liberi i Comuni di disfarsi del proprio medico condotto alla fine della prova senza addurre motivi.

Doctor JUSTITIA.

CONCORSI E CONDOTTE.

Concorsi a medico di reparto nelle Ferrovie dello Stato.

È aperto un concorso per titoli per i seguenti reparti: Adria I, Arezzo II, Arezzo III, Arquà Polesine, Badia Polesine II, Baricette, Battaglia, Bevilacqua, Borgo Panigale, Borgo San Donnino II, Castel S. Pietro d'Emilia I, Cavanella d'Adige, Cesenatico, Colle Salvetti, Conselice, Dicomano, Dossobuono, Frassineto, Galbanella, Godo, Lugo II, Marradi I, Mezzano, Montale Agliana, Montepescali, Montorsoli, Noceto, Ospedaletto Euganeo, Pietrasanta, Poggio Renatico II, Ponte a Elsa, Ponte della Venturina, Pracchia, Quarantoli, Rapolano, Ronta, Rosolina, Roverbella, Rovigo II, S. Giovanni d'Asso, S. Lazzaro Alberoni, S. Prospero Parmense, Sant'Arcangelo di Romagna, Sant'Ilario d'Enza, Savio, Sinalunga, Solarolo, Soliera, Staggia Senese, Torrenieri, Villabartolomea, Villa Pieve Modolena, Viserba, Volterra.

Le domande con i documenti ed i titoli dovranno pervenire all'Ufficio Sanitario di Firenze non più tardi delle ore 17 del 30 dicembre 1920.

Per notizie rivolgersi ai rispettivi Capi Stazione.

CALTANISSETTA. — *Ospedale Vittorio Emanuele II.* — Chirurgo direttore: L. 10,000 e due quinti sui proventi delle operazioni chirurgiche di qualsiasi genere, lorde.

Chiedere annunzio alla Presidenza della Congregazione di Carità. Scad. 20 dicembre. Età 35-55 anni al 20 dic.

CHIETI. — L'Ordine dei Medici fa richiesta di medico provetto per assumere l'interinato fisso di una condotta della suddetta Provincia pel servizio dei poveri. Compenso cumulativo, per la cura dei poveri a carico del Comune e per onorari pagati direttamente dagli abbienti, circa L. 12,000 annue.

Per schiarimenti rivolgersi alla Presidenza dell'Ordine dei Medici, in Chieti.

MANCIANO (*Grosseto*). — Condotta residenziale di Saturnia; L. 7000 e 10 trienni del ventesimo; indennità cavalcatura L. 2000; 1° e 2° caro-viveri. Nella condotta trovansi rinomate Terme Saturnia. Scadenza 20 dicembre.

PALAIA (*Pisa*). — Sino al 15 dicembre 1920 due condotte del capoluogo e della frazione di Forcoli. L. 6000; indennità cavalc. L. 1800. È in corso provvedimento con cui l'indennità cavalcatura è elevata a L. 2000. Aumenti periodici in conformità del capitolato. Per ulteriori informazioni rivolgersi al Sindaco.

TERMINI IMERESE (*Palermo*). — Ufficiale sanitario: L. 5000 e 5 quinquenni del decimo. Abit. oltre 20.000. Scad. ore 17 del 31 dicembre. Titoli ed esami. Chiedere annunzio alla Prefettura di Palermo.

CONCORSI A PREMIO.

Premio Baccelli di Fondazione dell'Istituto Naz. Medico-Farmacologico in Roma.

È aperto dall'Università di Roma il concorso a un Premio Baccelli, consistente in una medaglia d'oro al merito clinico.

Possono concorrere i laureati in medicina e chirurgia, appartenenti alla classe dei professori ed assistenti universitari o addetti ai servizi di uno qualsiasi fra gli ospedali italiani.

Le istanze per ammissione al concorso (su carta bollata da L. 1.05) debbono essere presentate, insieme con il certificato comprovante la qualità di cui sopra, al Rettore di questa Università, non più tardi del 15 dicembre corrente. Alle istanze stesse debbono essere uniti lavori e pubblicazioni nel ramo della clinica medica e della terapia medica.

La Commissione, composta di cinque membri, fra i quali saranno compresi i professori di Clinica medica, di Patologia medica e di Farmacologia, prenderà in esame i lavori e le pubblicazioni presentati dai candidati e indicherà, possibilmente non più tardi del 20 febbraio 1921, i nomi dei vincitori, riferendo brevemente, con apposita relazione, le ragioni che l'hanno indotta all'assegnazione del premio.

Gli atti della Commissione sono sottoposti alla revisione del Consiglio della Facoltà medica e del Consiglio accademico.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Nelle Università Italiane.

Il prof. Giovanni Perez, ordinario di patologia chirurgica a Catania, è chiamato a coprire la stessa cattedra presso la Facoltà medica di Roma.

Il prof. Domenico Taddei, ordinario di patologia chirurgica a Siena, è chiamato a coprire la cattedra di clinica chirurgica a Pisa, resasi vacante con la morte del compianto prof. Ceci.

Il prof. Ferdinando Micheli è chiamato a coprire la cattedra di clinica medica di Torino, resasi vacante con la morte del compianto senatore Bozzolo.

Il prof. Carlo Moreschi è nominato per concorso straordinario di Clinica medica a Messina.

Il prof. Dante De Blasi si è recato, in esito a concorso, ad occupare la cattedra d'igiene presso l'Università di Cagliari.

Il prof. Luigi Spolverini è nominato, per concorso, straordinario di pediatria presso l'Università di Cagliari.

All' Università di Parigi.

Il prof. Luigi Rénon è chiamato dalla Facoltà medica a coprire la cattedra di patologia interna.

Il dott. Nobécourt è nominato professore di clinica medica infantile, al posto del prof. Hutinel.

Il dott. P. Lacène è nominato professore di patologia esterna.

Albo d'oro.

Al dott. Bronchini Adolfo, da Bologna, tenente medico 5° Regg. Alpini, è stata assegnata la Medaglia di bronzo con la seguente motivazione:

Per due giorni consecutivi, con attività instancabile, prestava l'opera sua in campo aperto sotto il tiro incessante ed intenso del nemico, accorrendo spontaneamente ovunque erano militari feriti. Nobile esempio di coraggio e di altruismo, raccoglieva egli stesso i feriti e li trasportava al posto di medicazione. — Col del Cuc (Monte Grappa), 26-27 ottobre 1918.

MEDICINA SOCIALE.

Servizio medico del lavoro nel Belgio.

Fin dal 1895 il Governo belga aveva assegnato ai medici il compito di fare delle ricerche sulle cause generali d'insalubrità nell'industria e di vigilare perchè fossero rispettate le disposizioni relative a certe industrie, specialmente a quella dei fiammiferi.

L'azione dei medici non era rimasta infruttuosa, e già nel 1914 i loro studi e le loro proposte avevano promosso i provvedimenti sanzionati da appositi decreti sull'uso della cerusa nelle industrie, sul lavoro nei cassoni ad aria compressa, e sulla disinfezione nella tagliatura (rasatura) dei peli.

Ora il Governo belga, desiderando allargare la cerchia d'azione dell'opera dei medici nei problemi del lavoro e conferirle in pari tempo un intervento più metodico ed efficace, ha creato recentemente un « Servizio medico del lavoro ».

Questo servizio comprende un personale composto di specialisti negli studi di igiene sociale e professionale, e deve occuparsi:

1° di organizzare la protezione delle lavoratrici gestanti o lattanti;

2° di assicurare la tutela sanitaria degli apprendisti e di collaborare per avviarli ad una confacente professione;

3° di studiare la fisiologia e la patologia del lavoro in tutte le sue modalità;

4° di portare il proprio contributo in tutte le opere di previdenza sociale;

5° di propagare le nozioni più utili di profilassi professionale;

6° di sorvegliare l'esecuzione delle disposizioni regolamentari di ordine medico.

Il « Servizio medico del lavoro » pubblica un bollettino periodico nel quale si fanno conoscere i risultati della propria attività.

NOTIZIE DIVERSE.

Corso di perfezionamento in oto-rino-laringoiatria.

Nell'anno scolastico corrente 1920-1921 avrà luogo presso la Clinica oto-rino-laringoiatrica dell'Università di Roma, al Policlinico Umberto I, *un corso di perfezionamento in oto-rino-laringoiatria per i laureati in medicina e chirurgia,* il quale durerà un quadrimestre. Il corso s'inizierà il 10 gennaio 1921. Saranno impartiti i seguenti insegnamenti: Prof. G. Ferreri, Conferenze cliniche; Prof. D. De Carli, Malattie dell'orecchio e dei seni della faccia; Prof. G. Bilancioni, Malattie del naso, della faringe e della laringe; Prof. T. Cipollone, Anatomia ed istologia patologica dell'orecchio, del naso e della gola.

Alla fine del corso, quelli che lo avranno frequentato regolarmente e che avranno superato la prova d'esame riceveranno un diploma *di perfezionamento in oto-rino-laringoiatria.*

Per esservi ammessi si deve fare domanda su carta bollata di L. 1 al Rettore della R. Università, non più tardi del 10 gennaio 1921, presentando: Fede di nascita, debitamente legalizzata dal Presidente del Tribunale; Diploma o certificato di laurea in medicina e chirurgia (anche di Università estere); Quietanza di L. 200 rilasciata dall'economo della R. Università.

Si dovranno pure versare nella Cassa Universitaria L. 73.90 occorrenti per sopratassa d'esami, per gli esercizi di laboratorio, per bollo ed indennità.

Per ritirare il diploma, gli interessati dovranno in seguito presentare domanda su carta bollata da L. 1 e versare alla Cassa Universitaria L. 10.60.

Le inscrizioni si ricevono fino al 10 gennaio 1921.

Profilassi delle malattie veneree.

Al Consiglio Superiore di Sanità una speciale Commissione di venereologi ha presentato uno schema di regolamento legislativo che mira ad una più efficace difesa della società contro le pericolose infezioni che gravemente minacciano la validità e la stessa integrità dell'attuale e delle future generazioni.

Consiglio Sanitario della Lega delle Croci Rosse.

Sotto la Presidenza d'onore del prof. Roux, direttore dell'Istituto Pasteur di Parigi, ha avuto luogo a Ginevra la prima riunione del Consiglio Sanitario della Lega delle Società di Croce Rossa.

Il Consiglio Sanitario approvò il programma di collaborazione fra la Lega, le varie Società di Croce Rossa e le altre organizzazioni sanitarie. Fu espresso il desiderio che la Lega solleciti la cooperazione della Società delle Nazioni per l'immediata applicazione delle misure sanitarie atte a proteggere l'Europa Centrale ed Occidentale dal tifo esantematico. Il Consiglio approvò l'istituzione immediata di squadre mobili per la protezione dell'infanzia e il loro invio in un paese che s'impegni poi a continuare l'opera loro. Fu proposto che la Lega istituisca e sussidî delle scuole o centri di puericoltura. Speciale raccomandazione è stata fatta ai servizi d'igiene sociale affinchè essi continuino ad occuparsi dell'educazione sessuale e della propaganda antivenerea. Furono esposte le direttive della Lega nella lotta antitubercolare e antimalarica. Il Consiglio sanitario preconizza infine la formazione di statistiche demografiche per quanto possibile complete e l'unificazione internazionale dei metodi di statistica.

Il I Congresso di Storia dell'arte di guarire

si tenne ad Anversa del 7 al 12 agosto, ad iniziativa del Circolo Medico locale, che commemorava il suo 300° anniversario, ed in occasione della VII Olimpiade.

Ai congressisti vennero tributati molti festeggiamenti, tra cui un ricevimento di gala al Municipio.

Tra le comunicazioni fatte ne segnaliamo una del Giordano (Venezia) sull'anatomia *in vivo* ed una di Economo (Trieste) sulla medicina bizantina.

Per l'assistenza agli invalidi di guerra.

Il ministro per le pensioni, on. Bianchi, ha inaugurato i lavori della nuova Commissione nominata per le riforme dell'attuale legislazione in materia di pensioni di guerra, per il conferimento della polizza di assicurazione a tutti i combattenti e l'impiego degli invalidi presso le pubbliche amministrazioni e le aziende private.

Onoranze al prof. D. Barduzzi.

Ricorrendo il 30° anniversario della direzione sanitaria delle RR. Terme Pisane a S. Giuliano, che l'egregio prof. Barduzzi tenne dal 1885 al 1915, un Comitato d'onore il quale fu già presieduto dal Baccelli e dal Grocco, ha curato la pubblicazione di un ricco volume in cui sono raccolti scritti dei proff. Trottarelli, Ercoli, Riva, Luisada, Fedeli, Corsini, Pazzi, Massalongo, Fairman, Baistrocchi, Fontana, Burzagli, Orsi-Battaglini, Bordoni, Ravaglia, V. Maragliano, Cesari, Cuomo, Mussi, Guerra-Coppioli e Cardini. Il Comitato ha premesso una relazione su l'opera idrologica del Barduzzi, la cui azione fu modesta come la sua indole, ma costante, utile, ispirata a nobili sentimenti.

Nuovo ospedale italiano in Egitto.

Un fervido voto della Colonia italiana di Alessandria d'Egitto, da anni formulato, si avvia ora al proprio compimento con l'erezione in tale città di un ospedale italiano.

In una vasta area già acquistata da 15 anni e con una somma già raccolta di circa 20,000 lire egiziane — mezzo milione di lire italiane in oro — stanno ora per iniziarsi i lavori.

La somma raccolta sinora non è sufficiente per la costruzione completa dell'ospedale, comunque i lavori saranno ugualmente iniziati presto, limitando per ora la costruzione allo strettamente necessario *per costituire però un organismo completo*, e col programma di ampliare poi la costruzione e fare nuovi padiglioni.

Il progetto scelto contempla infatti questa possibilità o meglio questa necessità.

Il tipo adottato dall'architetto vincitore del concorso — arch. G. H. Loria — è quello dei padiglioni staccati, che a ospedale completo saranno undici, e i ricoverati saranno divisi in tre classi, con una cubatura nei varii ambienti basata su un minimo di 45 mc. per persona.

I padiglioni saranno alcuni a un sol piano, altri a due piani, con un sottosuolo che riceverà aria e luce diretta dall'esterno; una galleria riunirà tutti i padiglioni percorrendo l'intero stabilimento, seguita nel sottosuolo da un passaggio simile alla galleria che metterà fra loro in comunicazione i sottosuoli di tutti i padiglioni.

Vi saranno padiglioni per medicina, chirurgia, oculistica, malattie nervose, ostetricia e ginecologia e, separati completamente dagli altri tutti, padiglioncini per le malattie infettive.

Dopo l'ospedale italiano di Cairo, già in funzione da parecchi anni, sarà questo dunque, in ordine di tempo, il secondo nostro ospedale in Egitto, non potendo qui ricordare ora l'altro nostro ospedale, da anni costruito, ma da poco tempo in funzione, vicino all'Egitto — di Gerusalemme — che sta a rappresentare in Terra Santa la medicina italiana, che anche in Siria ora — a Damasco — sta per avere una infermeria-ospedaletto a vantaggio di questi popoli orientali, che tutti amano l'Italia forse più di ogni altra nazione europea.

L. DORI.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1920 - Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, *ed. resp.*

Anno XXVII Roma, 13 Dicembre 1920 Fasc. 50

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

CLINICA PEDIATRICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
Direttore prof. L. CONCETTI.

Intorno ad un caso eccezionale di galattorrea.

Dott. T. LUZZATTI, aiuto e docente.

L'eccezionalità del caso, capitato sotto la nostra osservazione, giustifica la sua pubblicazione, per quanto io non saprei trovare che una spiegazione ipotetica del fenomeno osservato nella nostra paziente durante la gravidanza.

Si tratta d'una giovane primipara, che non ha mai avuto malattie degne di nota, all'infuori d'uno stato anemico all'epoca della pubertà. Nulla risulta dall'anamnesi famigliare. Il marito è soggetto robusto e non ha mai sofferto malattie degne di nota. Mestruata ad epoca regolare, le mestruazioni furono sempre abbondanti, frequenti e dolorose. La gravidanza ebbe in complesso un decorso regolare. Però *fin dal 4° mese, la paziente cominciò ad avere un flusso dalle mammelle veramente eccezionale per la sua abbondanza, che usciva in modo spontaneo e continuo, in tale quantità che il petto ne era sempre bagnato, proprio come se si trattasse d'una puerpera galattorroica.* Le mammelle erano esageratamente sviluppate, specie per una primipara, pendule; ma, nonostante il loro sviluppo e il loro copioso flusso, non apparivano mai turgide, certamente per il fatto che in esse non vi era mai una stasi. Il liquido che usciva, aveva i caratteri del colostro. Il continuo flusso aveva determinato uno stato irritativo del capezzolo e della regione peripapillare, con formazione di ragadi superficiali, ma assai dolorose, che la paziente curò in modo irrazionale. In corrispondenza al parto questo flusso subì una diminuzione. Il parto fu prolungato (Sala di Maternità «Savetti», dott. Piccinini). Il bambino nacque asfittico, ma si riebbe tosto e si sviluppò in seguito regolarmente, per quanto andasse soggetto a ripetuti disturbi da iperalimentazione per causa d'un'esagerata galattorrea, che si stabilì nella madre subito dopo il parto. Al 4° giorno dopo il parto, comparve una profonda ragade ad un capezzolo, che cicatrizzò con la temporanea sospensione dell'allattamento e cure opportune, e con ciò diminuì anche la secrezione lattea. Ma questa si stabilì di nuovo in un modo veramente esagerato, tanto che il continuo umidore determinò la formazione di nuove e numerose ragadi e di un ampio alone di dermite delle regioni mammarie. Con la formazione di queste ragadi la secrezione lattea si fece anche più abbondante. Il latte sgorgava continuamente; bastava un minimo stimolo locale e talora persino uno stimolo periferico per esagerarne lo scolo. Il latte però non usciva a spruzzo violento, bensì quasi come si osserva in un'emorragia a nappo o parenchimatosa. Certamente nelle 24 ore si sarebbero potuti raccogliere oltre due litri di latte. La paziente si trovava sempre in un bagno di latte, doveva cambiare le vesti più volte nella giornata, nonostante avvolgesse il petto in panni a parecchi strati. La continua ed abbondante perdita di latte aveva causato una accentuata prostrazione del suo stato fisico, con cefalea e dolori dorso-lombari persistenti. Al 4° mese d'allattamento, il suo stato era veramente intollerabile; non solo era impedita ad accudire alle sue faccende domestiche, ma anche il sonno le era turbato.

Un accurato esame delle mammelle, fatto in quest'epoca, ci mostrò che l'apice dei capezzoli, del resto ben conformati, era costituito da un infundibolo crateriforme, sempre pieno di latte; pareva che mancassero i forami dei dotti e che questi si fossero fusi in un'unica ampia lacuna. Non si trattava d'una papilla invertita. Non saprei dire, se questa fosse un'anomalia congenita od una deformità acquisita

in seguito alle ragadi. Il latte aveva una composizione fisico-chimica e morfologica normale.

L'esame obbiettivo della paziente non presentava nulla d'anormale, all'infuori di alcuni fenomeni che denotavano un'iperfunzionalità del sistema simpatico vasomotorio, come un dermografismo rosso intenso e persistente, un arrossamento continuo, alquanto intenso del viso e delle estremità, con esacerbazioni accessuali, che si potrebbe forse considerare analogo a quella forma descritta da Bechferew col nome di acroeritrosi indolente. Chiari erano anche il sintomo di De Giovanni e il battito dell'aorta addominale con accenni di nevrosi celiaca. Vi era anche una facile tendenza all'iperidrosi. Nulla d'anormale nell'orina, tranne una lieve lattosuria ed una notevole fosfaturia.

Si prescrisse tosto una semplice pomata di glicerina tannica, l'applicazione di fomenti all'acqua vegeto-minerale, l'applicazione di un buon sostegno delle mammelle. Le ragadi e la dermite guarirono rapidamente e di pari passo, contro la nostra aspettativa, cessò in modo completo e definitivo la galattorrea, che era durata per oltre 10 mesi. La paziente può considerarsi guarita del suo noioso disturbo con notevole guadagno delle sue forze.

La galattorrea è un fenomeno frequente ad osservarsi e non sta in questa l'eccezionalità del nostro caso. Invece prima di tutto il fenomeno osservato nella nostra paziente: *abbondante e permanente flusso colostrale in un'epoca tanto precoce della gravidanza (4° mese)*, non è menzionato nella letteratura. Esso sta contro tutte le ipotesi emesse sul meccanismo fisiologico della lattazione.

Secondo l'opinione generalmente ammessa, durante la gravidanza, si stabilisce soltanto un'ipertrofia delle ghiandole mammarie, per quanto si possa talora far sgorgare qualche goccia di colostro, indice dell'iniziata attività funzionale della ghiandola. Ma un flusso esterno si stabilisce solo dopo il parto, a termine o prematuro, cioè solo dopo che, in seguito all'espulsione del feto e della placenta, si sono stabiliti nuovi equilibri ormonici, oppure, come vogliono altri, dopo che in seguito a questa espulsione vengono abolite delle funzioni inibitrici della secrezione mammaria.

Credo inutile di dover discutere qui tutte le varie teorie emesse sulla lattazione. Ma come si può spiegare l'abbondante e precoce flusso colostrale osservato nella nostra paziente?

Secondo mie osservazioni, una relativa colostrorrea esisterebbe in parecchie gravide, nelle quali dopo il parto si osserva il fenomeno della galattorrea spontanea. Io non mi sono finora mai incontrato in una galattorrea spontanea così spiccata, come nella nostra paziente, ma ho notato più volte che in tutte le puerpere, nelle quali la secrezione lattea si stabilisce in modo facile ed abbondante, si era osservato durante la gravidanza una produzione facile di colostro, il quale talora esce spontaneamente a goccie, sempre si riesce a mungere facilmente fin dall'inizio. Questo fatto potrebbe intanto dimostrare, che lo stesso stimolo che eccita la secrezione del latte, eccita anche la produzione del colostro.

Se pure si possa pensare, che la colostrorrea gravidica delle donne galattorroiche dipenda da un aumento dell'attività funzionale specifica delle ghiandole mammarie, per trovare una spiegazione del fenomeno mi pare sia bene riferirsi agli studi fatti sulla galattorrea fisiologica e su quella patologica da v. Herff, Leube, Kehrer, Schlossmann. Secondo questi AA. la galattorrea sarebbe un fenomeno riflesso determinato dall'eccitamento dei nervi sensitivi del capezzolo, con partecipazione d'una vasodilatazione locale e di una paresi riflessa degli sfinteri dei dotti escretori. Naturalmente vi può partecipare, come ho accennato, un'iperattività funzionale della ghiandola, la quale però evidentemente non ne è il fattore più importante, poichè si osservano spesso anche casi di abbondante secrezione lattea senza galattorrea spontanea e casi di galattorrea spontanea senza una secrezione lattea abnormemente copiosa. Una galattorrea «fisiologica» nel senso stretto della parola, non esiste, poichè la presenza d'una galattorrea è sempre l'indice d'un abnorme aumento dei fattori sopra indicati: l'entità della galattorrea è in rapporto con l'ipereccitabilità riflessa individuale. Secondo Pfaundler ed altri, sarebbe anche in rapporto con eccitamenti morbosi di dati centri corticali, analogamente a quanto si avvera fisiologicamente nella secrezione gastrica «psichica» di Pawlow, o con eccitamenti morbosi della sfera genitale, o forse anche con la partecipazione di speciali ormoni, con una situazione ormonica speciale a queste nutrici, intorno alla quale però si sa ancora poco di sicuro. Se consideriamo inoltre che le funzioni vasomotorie sono in rapporto col sistema simpatico e che secondo le ricerche di Hoffmann ed altri, il simpatico esercita un'indubbia azione sulla funzione mammaria, si può ben pensare che l'perfunzionalità individuale del simpatico possa partecipare alla produzione e all'entità della galattorrea, come della colostrorrea; e quest'azione potrebbe esercitarsi in parte, per quanto riguarda il colostro, sull'elemento trasudativo. E qui ricordo che nella mia paziente esistevano segni d'iperattività del simpatico.

Ho accennato all'elemento trasudativo nel meccanismo fisiologico di produzione del colostro, e questo concetto richiede una spiegazione.

Mentre il latte è un liquido d'elaborazione specifica dell'epitelio mammario, il colostro secondo alcuni, sarebbe in parte anche un li-

quido di trasudazione e d'essudazione, per quanto la ghiandola mammaria ipertrofica e quindi potenzialmente iperfunzionante sia atta per un'incipiente sua attività specifica, sia pure ancora imperfetta (Ottolenghi, Basch, ecc.), a fornire al liquido colostrale i caratteri fisico-chimici, che gli sono propri.

Già Bab, esagerando nelle sue considerazioni, aveva emesso l'ipotesi che la produzione del colostro fosse un analogo fisiologico del processo patologico dell'infiammazione, sopratutto in considerazione della diapedesi leucocitaria, che si verifica nel colostro, e della successione dei leucociti polinucleati e mononucleati, come avviene nell'infiammazione, nel senso che come in genere nei processi acuti dell'infiammazione predominano i polinucleati, così si osserva anche durante il periodo colostrale alla fine della gravidanza, mentre come nei processi flogistici che si cronicizzano, predominano i mononucleati, i quali infine prendono il sopravvento in modo assoluto, così si osserva nella lattazione, che gradatamente scompare (Cohn, Ramond, Wallich e Levaditi, Zuckerkandl). Il concetto così assoluto di Bab è certamente errato, specialmente dopo la dimostrazione data da Ottolenghi, Basch, ecc., che la produzione del colostro è funzione d'una ghiandola mammaria ancora imperfettamente funzionante. Però non v'ha dubbio che alcuni fatti tendono a rendere verosimile che l'elemento trasudativo partecipi alla produzione del colostro. Questo concetto era stato emesso anche da Bauer, il quale, avendo osservato che le emolisine del colostro sono simili a quelle del sangue e diverse da quelle del latte maturo, ammise che l'albumina del colostro, cioè la lattoalbumina e la lattoglobulina, alle quali secondo le osservazioni di Ehrlich e della sua scuola sono legate le proprietà biologiche (antitossiche) del latte, sia un prodotto di trasudazione del sangue, a differenza del prodotto d'elaborazione specifica della ghiandola, la caseina. Così Engel dimostrò che le proprietà biologiche del latte (immuncorpi, fermenti), che sono un derivato del sangue, sono molto più attive nel colostro che nel latte maturo e che quindi il colostro in questo senso presenta un' intima affinità col siero di sangue, assai più del latte maturo. È certo che la lattoalbumina e la lattoglobulina, che tutto induce a ritenere rappresentino in forte prevalenza l'albumina colostrale, sono molto simili alla sieroabumina e sieroglobulina del sangue. Il colostro è anche molto più ricco del latte maturo in lipoidi, lecitina e colesterina, che, accumulati durante la gravidanza nel sangue, si eliminano principalmente per la ghiandola mammaria (Hermann e Neumann). Secondo Engel il grasso colostrale contiene anche grasso del corpo immodificato. Ed anche per il suo contenuto minerale il colostro somiglia molto più al siero di sangue che al latte maturo (Schloss, Birk). In complesso si può dunque affermare che la composizione chimica del colostro, se ne togli i suoi componenti specifici, s'avvicina fino ad un certo punto, più che quella del latte alla composizione del plasma sanguigno. Sarebbe però certamente errato affermare — lo ripetiamo — che il colostro sia in massima parte un liquido d'essudazione e trasudazione, tuttavia quest'affinità chimica del colostro col siero sanguigno rende verosimile che nel periodo colostrale gli scambi fra sangue e ghiandola avvengano anche in modo più diretto che nel periodo della lattazione, cioè per via trasudativa. È da considerarsi anche che la produzione di colostro durante la gravidanza potrebbe avere un meccanismo in parte diverso dalla produzione di colostro dopo che si è arrestata la produzione del latte maturo.

Il colostro si trova nella ghiandola mammaria fin da un periodo molto precoce della gravidanza, fin da quando cioè s'inizia l'ipertrofia gravidica delle mammelle, che certamente porta come conseguenza un aumento di attività circolatoria locale e quindi probabilmente anche di trasudazione. Se non ha luogo un flusso precoce all'esterno, ciò dipende dal fatto che in condizioni normali la produzione di colostro è così scarsa che a questa segue tosto un riassorbimento in circolo, come è dimostrato anche dalla precoce lattosuria che si osserva in parecchie gravide.

Il nostro caso rappresenta però anche una vera prova sperimentale, non priva d'interesse, poichè non ne trovo riscontro nella letteratura, che cioè l'ipereccitabilità riflessa, che determina la galattorrea e la colostrorrea, può non solo essere d'origine per così dire costituzionale, ma avere anche una origine periferica locale. Infatti la rapida scomparsa della galattorrea con la guarigione delle ragadi dei capezzoli e della dermite mammaria dimostra, che da queste partiva uno stimolo continuo sulle ghiandole mammarie, analogamente a quei casi, che si trovano ricordati, nei quali ustioni estese od ascessi o neoplasmi della regione mammaria avrebbero avuto un'azione eccitante sulla secrezione lattea. Nel nostro caso partecipava forse anche l'abnorme costituzione del capezzolo, nel quale, oltre alla presenza dell'unica ampia lacuna, era forse in uno stato d'atonia riflessa l'apparato muscolare costrittore dei dotti galattofori, per modo che non poteva aver luogo una stasi di colostro e di latte, così che

da un lato ne era diminuito il riassorbimento, dall'altro ne era facilitato il deflusso passivo. Ciò è verosimile anche pel fatto che nella nostra paziente il colostro ed il latte non fluivano a spruzzo, come generalmente si osserva nelle galattorroiche, ma bensì, come abbiamo detto, a nappo, come un'emorragia parenchimatosa. Del resto, al fatto d'una paresi riflessa degli sfinteri dei dotti escretori è attribuita anche da Heule un'importanza nel meccanismo genetico della galattorrea. Questa paresi riflessa è invero negata da Kehrer, per il fatto ch'egli vide fistole lattee comportarsi nelle galattorroiche come i dotti escretori. Ma quest'argomento vale solo, se si ammette che le fistole lattee siano sempre prive di sfinteri, ciò che Kehrer presuppone, ma che però non è un fatto dimostrato in quanto, spesso si vedono fistole lattee restare asciutte nello stato di riposo. L'osservazione di v. Herff, il quale riuscì per mezzo della corrente galvanica ad eccitare una galattorrea transitoria, mentre l'applicazione della corrente sull'apice del capezzolo, sulla regione cioè degli sfinteri dei dotti escretori, la faceva immediatamente arrestare, come succedeva anche agendo nello stesso modo nelle galattorroiche spontanee, potrebbe valere come una prova sperimentale di questa paresi. Io mi preparavo a trattare in questo modo la nostra paziente, con lo scopo di tonificare questi muscoli costrittori, quando la guarigione della galattorrea lo rese inutile.

Le conclusioni, che si potrebbero trarre da quest'osservazione clinica, sarebbero le seguenti:

1° Oltre alla galattorrea esiste anche una colostrorrea, ciò che non si trova ancora ricordato nella letteratura.

2° Questa colostrorrea può stabilirsi in proporzioni molto spiccate e molto precocemente durante il periodo della gravidanza. Proporrei di denominarla « colostrorrea gravidica » per distinguerla dalla « colostrorrea post-partum », più frequente ad osservarsi.

3° Questa colostrorrea è frequente ad osservarsi, con gradi diversi d'intensità, in quelle madri, che dopo il parto presentano il fenomeno della galattorrea spontanea.

4° Probabilmente lo stimolo capace di determinare la galattorrea è anche quello che determina la colostrorrea.

5° Questo stimolo può essere d'origine locale, e la sua soppressione può, da sola, determinare l'arresto del flusso abnorme.

6° Il caso si presta infine forse a considerazioni generali, per quanto per ora solo presuntive, sui rapporti fra ipertrofia gravidica delle mammelle, flusso colostrale e secrezione lattea.

NOTE E CONTRIBUTI.

La vaccinoterapia nella pertosse.

Contributo clinico per il dott. ANTONIO CAMMARATA.

I magistrali lavori del Caronia della Scuola del Jemma, e quelli della Pastore della Scuola del Di Cristina, nonchè le esaurienti documentazioni del Nicolle, e quelle del Luzzatti della Scuola del Concetti, hanno dimostrato all'evidenza che la vaccinoterapia nella pertosse, di fronte alla faraggine dei farmaci che in atto vengono sperimentati contro questa terribile malattia senza quasi nessun utile risultato, rappresenta il trattamento più razionale ed efficace che sino ad oggi si conosca sia dal punto di vista terapeutico che profilattico.

Io non credo qui dilungarmi a dimostrare l'alta importanza individuale e sociale che ha questo acquisto terapeutico, di fronte ad una malattia contro la quale si è disarmati e che spesse volte essa è la causa di gravi danni fisici al bambino, risvegliando in esso dei processi morbosi che forse avrebbero potuto rimanere latenti, e forse passare inosservati, vinti dalle resistenze organiche non minorate dalla subita malattia. Ogni medico pratico sa per propria esperienza quali dolori una tale malattia procura al bimbo e alla famiglia, e quindi è al caso di apprezzarne l'alto valore terapeutico.

Di fronte a tali lavori, io non avrei creduto opportuno portare ancora altri elementi a maggiormente avvalorare gli splendidi risultati profilattici e terapeutici della vaccino-terapia; ma convinto che ogni modesto contributo sia una piccola pietra miliare che comunque concorre ad innalzare l'edificio della scienza, tanto più che tra noi medici, la pratica della vaccinoterapia non ha preso quello sviluppo e quell'importanza che essa merita, ed anche per il parere discorde di parecchi sperimentatori quali Baremtery e Huenekens, circa l'efficacia curativa del vaccino stesso attribuendogli solo efficacia profilattica, e alla poca diffusione che si è dato al vaccino. Caronia-Di Cristina, vaccino che io credo allo stato attuale il più efficace fra quelli in uso, io mi sono indotto a rendere pubbliche le mie modeste osservazioni; cogliendo in tal modo l'occasione di ringraziare sentitamente il prof. Di Cristina per avermi fornito i mezzi di sperimentare il suo vaccino con grande sollievo dei piccoli infermi, delle loro famiglie e con vera soddisfazione mia.

***

Il vaccino Caronia-Di Cristina si prepara, emulsionando in acqua distillata e fenicata al 0.5 % le patine culturali di bacilli di Bordet e Gengou alla 48ª ora di sviluppo; si lascia autolizzare per tre giorni alla temperatura ambiente, si aggiunge il 0.85 % di cloruro di sodio e si pratica il dosaggio col metodo dell'opacità, secondo Porcelli-Titoni, in modo da avere due miliardi di germi per CC., e si inattiva a 55° per mezz'ora. Il vaccino così preparato, a scopo curativo si inietta, per via ipodermica od endo-muscolare, alla dose di un cc. al giorno od a giorni alterni per 8-10 giorni. Il vaccino così preparato non ha alcuna azione tossica, e dà a volte lieve reazione locale.

***

Riassumo la storia clinica dei pochi casi da me curati, che uniti alle serie numerose di quelli curati dal Caronia e dalla Partore, dimostrano ad evidenza la grande efficacia curativa del vaccino

CASO I. — Aldo C., di anni 6. Bambino di sviluppo scheletrico e muscolare regolare, nato a termine in seguito a parto fisiologico, allattamento materno; sviluppo fisiologico dei denti, dei primi passi, della parola. Ha avuto il morbillo e lievi disturbi intestinali.

La malattia attuale data da 15 giorni; essa esordì con accessi di tosse prima lievi, e poi mano mano più intensi, con gravi accessi notturni accompagnati da vomito. In 16ª giornata di malattia si pratica la prima iniezione di un C.C. intramuscolare. Si ha una lieve reazione febbrile. Nessuna modificazione negli accessi sia diurni che notturni:

17ª giornata, 2ª iniezione di un cmc.: stato stazionario.

18ª, 3ª iniezione di 1 cmc.: accessi meno intensi.

19ª, 4ª iniezione di 1 cmc.: non vomito.

21ª, 5ª iniezione di 1 cmc.: miglioramento, nessuno accesso di tosse notturno.

22ª, 6ª iniezione di 1 cmc.: tosse quasi scomparsa.

24ª, 7ª iniezione di 1 cmc.: tosse quasi scomparsa.

25ª, 8ª iniezione di 1 cmc.: tosse quasi scomparsa.

26ª, 9ª iniezione di 1 cmc.: niente tosse.

27ª, 10ª iniezione di 1 cmc.: guarito.

CASO II. — Lidia C., di anni quattro (sorella del primo caso). Ammalata da 10 giorni con accessi di tosse violenta e vomito: sviluppo scheletrico e muscolare regolare, non ha sofferto alcuna malattia degna di nota.

Si inizia la cura il 1° luglio 1917 con un centimetro cubo intramuscolare. In tutto si praticano sette iniezioni con qualche giorno di intervallo; già alla seconda iniezione i fatti accessuali sono diminuiti, ed alla sesta sono del tutto scomparsi, tanto da non essere necessario continuare oltre la settima iniezione.

CASO III. — Lucrezia M., di anni quattro. Nulla nel gentilizio; nata a termine; sviluppo scheletrico e muscolare regolare; la malattia data da 20 giorni, con accessi violenti di tosse specie notturna, epistassi e lieve chemosi congiuntivale, notevole depressione fisica. Si inizia la cura il 19 giugno 1917 con un centimetro cubo intramuscolare che dà lieve reazione febbrile:

21 giugno 1917, 2ª iniezione: reazione febbrile piuttosto alta.

23, 3ª iniezione: nessuna reazione febbrile; accessi di tosse meno intensi, assumendo il carattere catarrale.

24, 4ª iniezione: nessuna reazione febbrile; accessi di tosse meno intensi, assumendo il carattere catarrale.

25, 5ª iniezione; nessuna reazione febbrile; accessi di tosse meno intensi, assumendo il carattere catarrale.

26, 6ª iniezione: miglioramento.

27, 7ª iniezione: tosse quasi scomparsa.

29, 8ª iniezione: tosse quasi scomparsa.

1° luglio, 9ª iniezione: qualche accesso di tosse.

3, 10ª iniezione: nessun accesso; la bambina presenta un aspetto lieto e sorridente.

CASO IV. — Clelia M., sorella della precedente, di anni due. Da qualche giorno ha qualche accesso di tosse, specie la notte. Si inizia subito la cura vaccinica; ed in questo caso sono stati sufficienti quattro iniezioni intramuscolari per fare cessare completamente qualsiasi accesso di tosse, troncando rapidamente la malattia che già erasi iniziata.

CASO V. — I. Vincenzo, di anni due. Bambino nato a termine, di buona costituzione fisica, nulla al gentilizio.

La malattia data da circa due mesi; il bambino si presenta cianotico, con lieve chemosi congiuntivale, dispnea, gravi accessi di tosse accompagnati da vomito; polso molto debole. Si inizia la cura il 6 luglio 1917 con un centimetro cubo di vaccino:

7 luglio: la tosse è meno stizzosa; sensibile miglioramento.

9: tosse una sola volta durante la notte.

10: persiste ancora la stato cianotico, migliorano i fatti catarrali; la tosse è meno stizzosa.

11: miglioramento; tosse meno intensa.

12: miglioramento; tosse quasi scomparsa.

13: tosse scomparsa.

15: continua il miglioramento nelle condizioni generali, essendo scomparsa la cianosi, la dispnea e la tosse, tranne qualche raro colpo, tanto da non insistere nelle ulteriori iniezioni di vaccino.

CASO VI. — Eugenio Paolillo, di anni tre. Bambino nato a termine, di sana costituzione fisica, non ha avuto nessuna malattia degna di nota. L'attuale malattia data da 20 giorni. Stato generale discreto. Tosse accessuale con vomito, si accentua la notte. Si praticano sei iniezioni di vaccino Di Cristina. Già sin dalla terza iniezione gli accessi di tosse, specie quelli notturni, vengono modificati e regrediscono tanto che alla sesta iniezione il bambino può dirsi guarito, non presentando che qualche raro colpettino di tosse, che scompare dopo pochi giorni, senza lasciare nessuna conseguenza nel fisico del bambino.

CASO VII. — Gino B., di anni cinque. Bambino di costituzione scheletrica regolare con deficiente masse muscolari e tessuto connettivo, costituzione linfatica: la tosse si manifesta verso il 1° giugno 1919 usando diversi preparati e senza risultato, accentuandosi sempre i fenomeni accessuali con vomito e cianosi.

Il 20 giugno si inizia la cura del vaccino *antipertossico* di un cmc. al giorno: dopo la sesta si constata un regolare miglioramento che va gradatamente crescendo. Dopo la nona iniezione è scomparso il vomito e la tosse è quasi cessata; dorme molto più sereno. A cura ultimata la tosse è scomparsa del tutto, mangia con più appetito, è più vispo ed allegro.

CASO VIII. — B. Laura, di anni uno (sorella del caso VII). La tosse si inizia il 10 giugno. Si pratica subito la cura col vaccino, e dopo otto iniezioni la bambina può considerarsi guarita come se nulla avesse avuto.

CASO IX. — Anna S., di anni quattro. La malattia data da dieci giorni, con tosse stizzosa, specie la notte. Il 25 giugno 1920 si pratica la prima iniezione di vaccino *antipertossico*: dopo poche iniezioni regrediscono i fenomeni accessuali specie la notte; la bambina riacquista la sua solita vivacità e mangia con appetito. Alla nona iniezione, la bambina si può considerare guarita, non avendo più alcun colpo di tosse.

CASO X. — Salvatore S., di anni tre (fratello del caso IX). La malattia data da circa un mese. Stato piuttosto grave, con tosse stizzosa, vomito, epistassi e chemosi congiuntivale.

Si inizia la cura il 25 giugno 1919 con un cmc. di vaccino. Dopo la prima iniezione si ha miglioramento dello stato generale, diminuzione della tosse e del vomito; il bambino si sente più sollevato ed è più allegro. Alla decima iniezione si può considerare guarito, residuando solo qualche colpetto di tosse, che dopo alquanti giorni scompare completamente.

***

Questi i risultati della mia ristretta pratica vaccinoterapica, che io non esito punto a chiamarli molto soddisfacenti, confortato anche dalla pratica degli altri sperimentatori; e tanto più io sono lieto dei miei risultati, quando si pensi alla gravità della malattia in sè, alla lunga durata di essa, ed allo stato veramente pietoso e doloroso in cui spesso si trovano i bambini in preda ad accessi spasmodici di tosse, tali da potere soffocare e morirne, come nel caso occorso al dott. Ivo Nasso, riportato nella *Pediatria* del 15 aprile 1920.

Nei miei risultati e da quelli degli altri sperimentatori la vaccinoterapia agisce in modo rapido, energico, troncando quasi dopo poche iniezioni ogni accesso, ridando la quiete e la tranquillità al povero bambino.

Come effetti locali non si è osservato nulla di importante, all'infuori di un lieve arrossamento al punto della iniezione; come fatti generali, lievi reazioni febbrili, da non destare nessuno allarme.

Del valore profilattico del vaccino non ho elementi per potere concludere in senso negativo o affermativo; in qualche caso, nel quale la malattia si era iniziata da qualche giorno usato subito il vaccino, la malattia si è vinta dopo pochissime iniezioni.

Alcuni esperimentatori lo dicono di ottima efficacia profilattica.

Dati i risultati molto lusinghieri della vaccinoterapia nella pertosse, io credo che allo stato attuale sia dovere di ogni medico di preferirla ad ogni altro farmaco che in verità in questa malattia a nulla giova; e penso che si debba dare la preferenza al vaccino Di Cristina-Caronia, come quello che terapeuticamente ha dato i migliori risultati, anche in raffronto a quello del Nicolle, del quale recentemente il Luzzatti ha vantato molto il valore profilattico e molto poco quello curativo.

Caltanissetta, luglio 1920.

NOTE DI TECNICA.

Il catetere molle irrigidito nel cateterismo difficoltoso dei prostatici.

(Nota di piccola chirurgia pratica).

Dott. PIETRO TILLI.

Nella pratica giornaliera il cateterismo d'urgenza capita spessissimo, e se sovente esso riesce con facilità e speditezza, un numero di volte imprecisabile, anche se trattasi di un medesimo individuo, esso diventa al massimo difficoltoso e addirittura impossibile, pur facendo ricorso a tutti i ripieghi descritti, consigliati, e finora usati, sia per forma diversa di strumentario, sia per manualità, sia servendosi della tecnica raccomandata da B. Brodie con cateteri semirigidi muniti di stiletto, ecc.

Ciò succede con frequenza nei prostatici. Per mia parte ricordo che nel periodo del mio assistentato nel reparto di chirurgia dell'ospedale civile di Chieti, diretto dal prof. A. Mattoli, furono fra gli altri ricoverati di urgenza due prostatici, ai quali non fu possibile nemmeno in ospedale e con tutti gli accorgimenti tentati praticare il cateterismo. E quindi entrambi, uno quasi ottantenne da Chieti, l'altro di oltre sessanta anni di Ortona a Mare, dovettero d'urgenza essere operati il primo di epicistotomia, il secondo di prostatectomia transvescicale, tutti e due brillantemente guariti. Ciò a dimostrare come ogni chirurgo nei proprii ricordi personali possa annoverare casi d'impossibilità di eseguire lo svuotamento della vescica col catetere e come tale evenienza più spesso si avveri nei prostatici.

E precisamente, trovandomi presso il letto di un vecchio e antico prostatico mi venne l'idea e adottai, dopo i più diversi e infruttuosi tentativi, per la prima volta un ripiego tecnico che mi fece superare facilmente l'ostacolo e che ripetuto altre volte in seguito mi facilitò sempre in modo straordinario l'entrata della sonda in vescica, cosa che mi era stato impossibile prima.

La manualità praticata fu la seguente, molto più lunga a descrivere che ad eseguire:

1° *Applicazione della sonda molle.* — Introdurre un catetere molle di Nelaton n. 18 o 20 secondo la tecnica abituale, in modo da percorrere tutta l'uretra peniena e la membranosa fino a raggiungere l'ostacolo prostatico;

2° *Irrigidimento della sonda molle col catetere metallico.* — Fissare fra il mignolo ed anulare della mano sinistra il ghiande e con l'indice e il pollice della stessa mano la sonda molle, con la destra poi introdurre nel lume di questa, un catetere di argento debitamente incurvato N. 8 o 10 e farlo scendere fino al livello dell'ostacolo. In tal guisa la sonda molle vien resa rigida.

3° *Spinta in vescica della sonda molle.* — Mantenere fermo, ora, in questa posizione col pollice ed indice della mano sinistra il catetere metallico, mentre il mignolo ed anulare seguiteranno a fissare il pene; e con la destra spingere giù la sonda molle di Nélaton, facendola scivolare sul catetere metallico. Dopo poco si sente che, su questa guida ferma, la sonda molle progredisce, supera il punto prima impervio, il suo becco entra in vescica: — si seguita a farla penetrare, indi si ritira il catetere metallico.

Questo, durante la manovra non è penetrato in cavità, semplicemente è servito a trasmettere lo sforzo della nostra mano verso una buona direzione e lungo le pareti del catetere molle, coadiuvando a che lo sforzo esercitato da noi non venga disperso in altre direzioni, come spesso succede nella introduzione delle sonde molli, le quali si inginocchiano, o si curvano dentro il canale uretrale appena vi sia un intoppo.

Questo ripiego di tecnica, da me usato per caso è riuscito tanto felicemente per diverse volte, riunisce ai vantaggi dell'uso delle sonde molli, quelli che dimandiamo agli strumenti metallici, evitando di questi ultimi tutti gli inconvenienti le tante volte deplorati.

La manovra riesce con una rapidità sorprendente, l'ostacolo vien vinto senza un maggiore sforzo da parte dell'operatore, senza dolore, o fastidio, o pericolo da parte del paziente. E la spiegazione di ciò vien data dalle seguenti considerazioni:

a) Il catetere siccome vien sdoppiato in due segmenti — il primo dei quali diventa rigido e va dal meato urinario quasi fino all'ostacolo prostatico e un secondo tratto più breve rimane molle — riassume di tal guisa la duplice qualità di *essere rigido* per quella parte che deve trasmettere lo sforzo, di conservare tutti i *caratteri di flessibilità* per l'altra parte che progredendo man mano deve adattarsi e modellarsi alle tortuosità e sinuosità diverse proprie alle varie forme di ipertrofia della prostata e a superarle quindi e a vincerle facilmente;

b) Lo sforzo esercitato dalla nostra mano esterna viene direttamente trasmesso sul becco del catetere molle impuntato e quindi agisce interamente su questo unico tratto senza disperdersi in altre direzioni, agisce, come se si praticasse il sondaggio a livello dell'orifizio della porzione prostatica;

c) La sonda molle, poi, introdotta per prima, funziona come una guaina protettiva di tutta l'uretra nell'introduzione in 2° tempo dell'istrumento metallico; evitando quindi gl'inconvenienti dell'azione diretta su tessuti infiammati, ipertrofici e ingorgati del catetere metallico, il quale per quanto magistralmente adoperato, non sempre può essere introdotto in simili frangenti, appunto perchè esso non può conformarsi alle curvature patologiche conseguenze delle malattie prostatiche.

Pertanto e in conclusione ho pensato che non poteva riuscire discaro, nè inutile che io manifestassi questo mio metodo semplice, e facile — che può dare sicurezza di risultati in contingenze complesse e difficili — ciò che spesse volte suole avvenire in campagna e in condizioni di luogo, in cui non altrimenti si potrebbe provvedere nell'interesse del paziente.

Gessopalena, 20 settembre 1920.

QUESTIONI DEL GIORNO.

Il virus sifilitico è unico?

La questione della pluralità del virus sifilitico non è nuova.

Essa è sorta ed è stata discussa ampiamente fin da quando la clinica e la statistica misero in evidenza le relazioni tra la paralisi progressiva e la tabe da una parte e la sifilide dall'altra, e dopo che si dovette constatare la inefficacia assoluta degli specifici antiluetici nella cura delle dette malattie del sistema nervoso.

Che la paralisi progressiva e la tabe siano malattie di origine, anzi di natura sifilitica è un fatto oramai non più discusso.

Le osservazioni batterioscopiche e serologiche hanno confermato in modo sicuro quel che era una ipotesi basata unicamente su dati clinici non sempre evidenti e su elementi statistici che si erano progressivamente resi sempre più probativi.

La esistenza della reazione di Wassermann positiva nel siero di sangue e nel liquido cefalo-rachidiano nella generalità dei casi di paralitici e di tabetici costituiva una condizione di gran valore a favore della ipotesi della natura sifilitica della paralisi progressiva e della tabe.

Ma a togliere ogni dubbio vennero i lavori di Noguchi e Moore, di Marinesco e Minea, di Levaditi, di A. Marie e Boukowski, e di Valente, i quali riescirono a mettere in evidenza in una percentuale notevole di casi la presenza di spirocheti sifilitici nella corteccia cerebrale di paralitici.

Tuttavia a questi brillanti risultati della indagine scientifica che definivano una quistione tanto dibattuta non corrispondevano progressi della terapia altrettanto soddisfacenti. La paralisi progressiva e la tabe si dimostrarono sempre tenacemente resistenti all'azione dei preparati mercuriali comunque somministrati, e gli arsenobenzoli, nei quali si era riposta giustificata speranza, riescirono anche essi inefficaci. Nè il portare i rimedii a contatto con i tessuti malati, nel rachide, nel cranio, nei ventricoli stessi, migliorò la situazione.

L'insuccesso terapeutico se non riapriva la questione sulla etiologia luetica della paralisi progressiva e della tabe, questione oramai sorpassata in seguito ai risultati delle ricerche microscopiche e biopiche, induceva a pensare alle possibili ragioni per le quali medicamenti di sicuro effetto specifico su ogni lesione sifilitica rimanevano inefficaci nella paralisi e nella tabe.

Non potendosi pensare a diversità di virus, si è fatta la ipotesi che gli spirocheti delle due affezioni parasifilitiche costituiscano una modificazione o una varietà del ceppo che è la causa delle altre manifestazioni luetiche.

Al riguardo bisogna rilevare che se l'insuccesso terapeutico è il fatto più impressionante e praticamente più importante che ha fatto sorgere questa ipotesi, non mancano altri elementi che se per sè stessi non hanno gran valore, messi in relazione fra loro e col criterio terapeutico danno parvenza di fondatezza alla ipotesi stessa.

Innanzi tutto è da ricordare che nei futuri paralitici o tabetici spesso la sifilide si inizia e decorre in modo particolare: le lesioni primarie sono leggiere e fugaci; le manifestazioni secondarie, effimere o inesistenti; le lesioni terziarie cutanee e viscerali, rarissime. Tanto che Fournier concluse che la paralisi progressiva abitualmente, quasi costantemente, succede ad una sifilide iniziale benigna. In relazione a questo fatto è stato supposto che la parasifilide fosse una conseguenza del mancato trattamento specifico, trattamento che sarebbe stato trascurato per la benignità delle manifestazioni iniziali. Contro questa ipotesi sta il dato statistico dei numerosi paralitici che a tempo opportuno hanno praticato intense e ripetute cure.

Inoltre nelle razze arabe e negre la sifilide ha conservato i caratteri di malattia cutanea, mucosa o viscerale grave, mentre la paralisi progressiva e la tabe sono quasi sconosciute. Questo fatto sarebbe in relazione con la circostanza che in Europa la paralisi progressiva ha cominciato a diffondersi nel decimosettimo secolo, mentre la comparsa della sifilide è molto più antica. Ciò dimostrerebbe, secondo i sostenitori della pluralità del virus sifilitico, che son dovuti trascorrere dei secoli perchè si sia potuto produrre per via d'adattamento o di selezione un treponema a particolare affinità nervosa. Le razze tropicali adunque si troverebbero attualmente in quel periodo nel quale qualche secolo fa si trovavano gli Europei.

In effetti, presso noi le manifestazioni cutanee, mucose e viscerali si van facendo sempre meno frequenti e meno gravi, e ciò potrebbe essere in rapporto con la progressiva attenuazione del virus in conseguenza dalla diffusione del trattamento specifico, analogamente a quanto pare sia avvenuto per la malaria. Ma quel che è meno spiegabile, o non sembra spiegabile con le medesime ragioni, si è che reciprocamente le manifestazioni nervose dette parasifilitiche vanno acquistando una diffusione sempre più preoccupante.

Un altro argomento infine a sostegno della ipotesi della esistenza di una varietà del virus sifilitico con particolare affinità per il tessuto nervoso è dato dalla paralisi progressiva e dalla tabe così dette coniugali e familiari. Numerosi sono i casi registrati di contagi di sifilide fra marito e moglie, che sono ambedue terminati con la paralisi progressiva. A questo fatto fa riscontro l'altro che in non pochi casi individui contagiatisi ad una stessa fonte hanno avuto tutti manifestazioni parasifilitiche Erb riferisce che cinque uomini, non parenti, infettatisi nello stesso giorno in seguito a rapporti con la stessa prostituta, divennero tutti paralitici o tabetici. Nonne parla di tre amici divenuti sifilitici la stessa notte in seguito a contatto con la stessa donna: due divennero sifilitici ed uno tabetico. Brosius osservò sette soffiatori di vetro contaminati da un loro compagno: due divennero paralitici e due tabetici. Babinski riferisce la storia di due studenti che infettatisi contemporaneamente divennero entrambi paralitici quindici anni dopo. Mott osservò due fratelli di latte infettati dalla stessa nutrice e poi ammalati tutti e due di meningoencefalite specifica. Morel-Lavallée riferisce la interessante storia di una donna che comunicò a cinque amanti successivamente la sifilide; tanto essa che gli amanti finirono paralitici.

Questi fatti sono di per sè stessi di un valore non trascurabile, ma acquistano un particolare significato quando si mettano in rapporto, come si è detto, con la resistenza della parasifilide nervosa al trattamento specifico. Non è qundi a meravigliare se, non essendo più possibile sostenere che fra le due gravi malattie nervose e la sifilide non vi sia alcun rapporto di causalità, siano sorti degli autori a sostenere la pluralità del virus sifilitico, e che cioè il treponema che determina la parasifilide sia una varietà del virus comune.

Si avrebbe, cioè, anche per lo spirochete quel che già è stato riconosciuto per altri microrganismi patogeni. Le varietà di bacilli tubercolari che provocano la tubercolosi fredda dei gangli linfatici e delle ossa da una parte, le bacillosi acute e polmonari dall'altra, il bacillo tubercolare umano e bovino, le numerose varietà di bacilli tifici e paratifici, i bacilli dissenterici di Spiga, di Flexner, di Hiss, le varietà europea, americana, africana degli spirilli della ricorrente, le varietà degli ematozoari della malaria, che ora si ha tendenza a riportare ad un tipo unico, di cui le varietà stesse sarebbero modificazioni, sono prove in favore di tipi microbici appartenenti alla stessa specie, ma dotati di virulenza, di potere antigene e per alcuni di organotropismo differenti.

Sono fatti questi che costituiscono per criterio di analogia elementi favorevoli al polimorfismo del virus sifilitico.

Comunque, la discussione è riaperta e se ne sono fatti gli iniziatori Lermitte e Marie in seguito ai risultati di alcune esperienze istituite per lo studio della patogenesi della paralisi progressiva. Essi nel trasmettere agli animali questa malattia furono colpiti dalle differenze notevoli tra le lesioni provocate dallo spirochete della paralisi progressiva nel coniglio e quelle che si hanno abitualmente nello stesso animale dopo l'inoculazione di ulcere o papule sifilitiche. Continuarono quindi nelle ricerche per ben definire queste differenze tra il germe che essi chiamano *neurotropo* e quello *dermotropo*, e trovarono che il primo virus differisce dal secondo:

1° per le particolarità delle lesioni che provoca nel coniglio a livello dello scroto, del prepuzio e della mucosa perianale (papulo-squame invece di orchite e ulcera dura);

2° per la sua marcata affinità per le cellule epiteliali;

3° per la durata molto lunga del periodo di incubazione;

4° per la lentezza della guarigione spontanea delle lesioni da esso provocate;

5° per la scarsa o nessuna virulenza per l'uomo e la scimmia;

6° per il suo modo di comportarsi in riguardo ai tentativi di immunità crociata: gli animali guariti dell'infezione da virus neurotropo sono recettivi per il virus dermotropo e viceversa.

In base a questi fatti Lermitte e A. Marie sostengono che non vi è una sola varietà di spirocheti, ma parecchie, le quali non differiscono fra loro morfologicamente, ma sono dissimili per le loro proprietà biologiche, per la loro virulenza, per il loro potere antigene, ecc. Tra le molteplici varietà di spirocheti della sifilide ve ne sarebbero alcune dotate di un'attitudine più marcata a fissarsi sul parenchima dei centri nervosi. Sarebbero queste varietà che penetrate nell'organismo attraverso un'ulcera, spesso piccolissima, fugace o anche inavvertita, invaderebbero di preferenza il cervello ed il midollo, e, risparmiando più o meno la pelle e le mucose, provocherebbero le lesioni caratteristiche della paralisi generale e della tabe. Col dimorare nella sostanza nervosa i caratteri specifici di questi spirocheti si accentuerebbero, si fisserebbero, fino ad assumere un neurotropismo sempre più marcato attraverso i passaggi da uomo a uomo.

Le conclusioni di Lermitte ed A. Marie non sono tali da poter resistere alla critica. Appare infatti un po' azzzardato voler applicare alla patologia umana fatti sperimentali che con i fatti clinici hanno un'analogia molto lontana.

L'ipotesi dualistica o pluralistica se dà ragione di alcuni fatti sopra accennati, non spiega come e perchè i paralitici ed i tabetici si dimostrano refrattari a qualunque infezione sifilitica secondaria, sia essa dermotropa o neurotropa, e ciò mentre i detti pazienti si mostrano resistentissimi ai mezzi terapeutici che riescono tanto efficaci per le altre manifestazioni sifilitiche. Le modificazoni determinatesi nel virus neurotropo sarebbero tali che mentre il potere immunizzante generico sarebbe conservato, d'altra parte gli conferirebbero una peculiare resistenza ai farmaci, verso i quali le altre varietà si dimostrano labilissime. Ciò può esser vero, ma al lume delle nostre moderne conoscenze non appare verosimile.

Vero è che anche con la teoria dualistica del virus la questione della incurabilità della paralisi progressiva e della tabe non fa un passo avanti. Lermitte ed A. Marie ritengono che il fatto possa essere spiegato al lume delle loro concezioni e promettono ulteriori comunicazioni al riguardo. C'è da augurarsi che essi siano in possesso di fatti tali che, mentre appaghino la nostra curiosità scientifica, ci diano la speranza di potere avere ragione dei due terribili morbi.

G. DRAGOTTI.

SUNTI E RASSEGNE.

FISIOPATOLOGIA.

I fenomeni di ripercussione simpatica.

(A. THOMAS. *La Presse Médicale*, 1920, n. 53).

Le sindromi simpatiche sono finora conosciute soltanto nelle loro linee generali. Molti fatti riguardanti le affezioni del simpatico sfuggono alla osservazione per difetto di metodi di investigazione clinica, per mancata utilizzazione dei dati forniti dalla fisiologia sperimentale. Solo in questi ultimi tempi l'esame del sistema simpatico va entrando nella pratica.

Tra i riflessi simpatici quello che più facilmente sia sfruttato a scopi diagnostici è il riflesso pilomotore: esso si provoca con facilità senza bisogno di strumenti speciali per ottenerlo o per registrarlo.

Il riflesso pilomotore non è certo così costante ed immutevole come un riflesso tendineo o cutaneo. Tuttavia, benchè individuale ed occasionale come tutti i riflessi simpatici, può dare delle indicazioni di primo ordine nello studio delle affezioni organiche del sistema nervoso.

La contrazione degli *arrectores pilorum*, la quale produce raddrizzamento dei peli e la pelle d'oca, può essere provocata con eccitazioni di varie specie, strisciamento, solletico, freddo, ecc. In alcuni individui sono necessarie eccitazioni forti ed anche dolorose, in altri basta un contatto leggerissimo per provocarlo. Se l'eccitazione è unilaterale, il riflesso è unilaterale. Talora il fenomeno si produce solo in un territorio limitato nelle vicinanze del punto eccitato; ma alcune eccitazioni come un pizzico alla nuca, la pressione del trapezio, il solletico della regione sottoascellare, hanno la proprietà di provocare una reazione unilaterale comprendente l'emitronco, metà del capo e del collo, gli arti dello stesso lato.

Nei casi nei quali la pelle d'oca e l'erezione dei peli si produce in prossimità del punto eccitato ed in una zona limitata, si deve ammettere che l'eccitazione raggiunge il midollo, ma si propaga immediatamente alla colonna simpatica, che si trova sul corno laterale della regione dorso-lombare, per essere subito riflessa alla periferia attraverso i rami communicanti bianchi, i gangli vertebrali, i rami comunicanti grigi ed i nervi periferici. Tuttavia non mancano fatti che dimostrano la facile diffusione dell'eccitazione ai segmenti radicolari superiori ed inferiori. In alcuni soggetti la eccitazione del tronco al disopra della linea ombelicale produce la pelle d'oca con evidente prevalenza nella parte superiore del tronco e

nell'arto superiore, mentre la eccitazione al disotto della stessa linea dà il riflesso prevalentemente nella parte bassa del tronco ed all'arto inferiore.

Nei casi nei quali il riflesso è emilaterale o totale bisogna ammettere la compartecipazione di centri situati al disopra del midollo spinale. Il riflesso pilomotore per eccitazione cervicale si propaga sul corpo per lo più dall'alto in basso. D'altra parte non esiste un rapporto costante tra il luogo dell'eccitazione e quello dellà risposta, nè la natura della eccitazione ha una grande importanza.

Un'eccitazione forte ed anche dolorosa può rimanere senza effetto, mentre un contatto leggerissimo può fare apparire una pelle d'oca di grande intensità. La risposta per altro varia nei diversi individui, e può variare da un giorno all'altro nello stesso individuo. La risposta non è in funzione della intenstà e della qualità dello stimolo. Non è quindi la eccitazione in sè che è orripilogena, ma la sensazione che determina. Se una eccitazione sgradevole, come quella dell'applicazione sul corpo di un panno umido e freddo, ha prodotto la pelle d'oca, può capitare che successivamente il semplice avvicinarsi al medesimo eccitante basta per far ricomparire la pelle d'oca. Inversamente la reazione può esaurirsi con la ripetizione della medesima eccitazione. Nella produzione del riflesso entrano adunque molteplici elementi, come la paura, la sorpresa, l'assuefazione, stati psico-affettivi, la cui azione dinamogena o inibitrice è ben nota.

Sembra dunque legittimo ammettere che nel riflesso unilaterale e totale partecipino centri nervosi situati al disopra del midollo, e quindi si può parlare di riflesso encefalico; quando invece il riflesso resta localizzato ai territorî radicolari vicini a quello dell'eccitazione si ha l'impressione che si tratti di un riflesso spinale.

La patologia di guerra ha messo in evidenza altre particolarità della reflettività simpatica. Si è constatato che il riflesso pilomotore è più pronto, più vivace, più persistente nelle zone cutanee vicine ad una lesione qualsiasi, ossea, articolare o superficiale. Se la lesione è localizzata all'arto superiore, è su questo che si manifesta la esagerazione del riflesso; talvolta il fenomeno si diffonde al torace ed in qualche ferito all'emitronco ed anche all'arto inferiore corrispondente. Se è leso l'arto inferiore la iperreflettività raggiunge la cresta iliaca e talora va anche più in alto. La simmetria del riflesso tra il lato sano e quello leso è nettissima, sia che esso si produca all'atto dello svestirsi da parte del paziente, sia dopo la eccitazione bilaterale e simmetrica della nuca o dei trapezii. Quando la cicatrice è dolorosa alla pressione la eccitazione così prodotta provoca talvolta la pelle d'oca sul lato corrispondente; ma non è sempre così e talvolta avviene che l'eccitazione loco-dolente rimane inefficace o provoca un riflesso molto debole, mentre la eccitazione a distanza provoca un riflesso molto più forte dal lato malato.

Il fatto su accennato ricorda i fenomeni che sono descritti sotto il nome di simpatie. Questo termine serve a designare in fisiologia i rapporti esistenti fra due organi per modo che la sensibilità o l'attività di uno ha una risonanza nell'altro; ed in patologia la simpatia è la influenza esercitata da un organo malato su altri, che non sono lesi. Questo termine non designa soltanto fenomeni riflessi, ma anche disturbi molto diversi, tra i quali attualmente occupano un posto molto importante i sintomi della patologia endocrina. La iperreflettività pilomotrice sembra presentarsi con un altro aspetto: non è la regione malata che agisce su altri organi, ma è essa che subisce in modo esagerato reazioni generali che non sono legate a eccitazioni costanti per sede e natura; si tratta invece di un fenomeno di ripercussione (***répercussivité***).

Anche la patologia interna registra casi di tale fenomeno di ripercussione simpatica in conseguenza di affezioni organiche. È stata osservata l'esagerazione del riflesso pilomotore al torace in casi d'idropneumotorace (Vulpian, Barety), allo stesso lato in casi di tonsilliti (Mackenzie), di *angina pectoris*, di tubercolosi apicale, di zona.

Del resto esso non è la sola modificazione dei riflessi simpatici che si osservano nei feriti di guerra. Gli arti feriti sono talora la sede di una iperidrosi più marcata all'estremità, ma talvolta nettissima anche alla radice. Tale fenomeno si può provocare o esagerare premendo le cicatrici, specie se esse sono dolorose, o con le emozioni.

Le asimmetrie termiche segnalate da parecchi autori possono avere la medesima interpretazione.

Talvolta la pelle d'oca si constata come fenomeno permanente per un tratto più o meno diffuso della zona pericicatriziale, o che il riflesso pilomotore si presenti o sia più vivace solo nella zona stessa. È verosimile che questa esaltazione locale del riflesso sia dipendente da una irritazione dell'apparecchio pilomotore (muscoli e terminazioni nervose) in prossimità della cicatrice; che questa irritazione sia esercitata direttamente o indirettamente sull'apparecchio stesso dai disturbi circolatorî che persistono talvolta a lungo a livello delle cicatrici. Questo fenomeno può coesistere con

il precedente, ma questa coesistenza non è costante, per cui si può concludere per una patogenesi diversa.

I fatti su descritti assumono maggior valore teorico e pratico quando si mettono in relazione con altri fatti patologici che si verificano negli organi innervati dal simpatico e dallo pneumogastrico.

Ogni lesione viscerale in evoluzione o cicatrizzata potrebbe divenire il punto di partenza di fenomeni speciali di ripercussione, regionale o locale, comparabili a quelli pilomotori, e che si esercitano sui visceri ed i loro vasi, nonchè sulle glandule endocrine. Così si potrebbe avere una ipertonia permanente o una iperreflettività transitoria, cioè uno spasmo continuo o momentaneo preparato da una irritazione locale ed esagerato da una eccitazione a distanza. Così alcune crisi sopravvenienti nel corso di affezioni croniche certi spasmi del tubo dirigente, certe crisi di *angina pectoris*, e forse anche in certi accessi di epilessia, potrebbero essere legittimamente spiegate con tale patogenesi. Il fenomeno di ripercussione pilomotrice, provocato dal freddo, rende conto di alcuni accidenti viscerali frequentemente determinati dal detto agente in soggetti predisposti per attacchi precedenti; certe nevralgie a ripetizione, ad es., si potrebbero spiegare in tal modo.

Nè è a dire che questa iperattività dei punti deboli sia costantemente sollecitata sempre dallo stesso meccanismo. Tanto le eccitazioni a distanza, come le cause generali, come le intossicazioni o le modificazioni umorali, che agiscono sugli organi innervati dal simpatico possono provocarla, tenuto conto che le fibre muscolari lisce reagiscono esageratamente tanto ad una eccitazione nervosa quanto a disturbi umorali quando siano state sensibilizzate da un'affezione precedente.

L'emicrania, ad es., è senza dubbio determinata da un disturbo vaso-motore in un territorio più o meno limitato dell'encefalo. Le cause immediate dell'accesso variano probabilmente da un soggetto all'altro e forse anche nello stesso soggetto da un momento all'altro. Pagniez ha potuto constatare che l'emicrania è annunziata talora da una crisi emoclasica simile a quella segnalata da Widal nel periodo preparatorio dell'asma, dell'orticaria, dell'emoglobinuria parossistica e d'altra parte ha ottenuto successi con una terapia basata sui principî dell'anafilassi alimentare. Tuttavia non si può affermare che l'emicrania sia sempre preceduta da detta crisi emoclasica, mentre è ben noto che altre cause occasionali, come le emozioni, possono sostituirsi in altri soggetti ai disturbi umorali. *dr.*

CHIRURGIA.

L'ernia epigastrica e la sua importanza clinica.

(MELCHIOR. *Berliner klin. Wochenschr.*, n. 11, 1920. — Dalla Clinica Chirurgica del Pr. Küttner, Breslavia).

L'A. lamenta che malgrado il perfezionamento sempre maggiore della diagnostica esiste un grande numero di malattie « non classificate » i cui sintomi sono troppo vaghi e dubbi per poter dedurne una diagnosi precisa. A questa categoria appartengono i pazienti con « disturbi addominali » ed i dispeptici.

Pur accettando in questi casi i disturbi funzionali colla maggior critica e pur cercando possibilmente una base organica, si ebbero parecchi sbagli.

L'A. ricorda l'appendicite cronica, quella cioè senza attacchi, che per un tempo dovette assorbire i sintomi più eterogeni e più inverosimili ed aveva discreditato parecchie volte l'appendicectomia in altri casi tanto utile.

Il medesimo caso si ripete oggi, secondo l'A., con l'ernia epigastrica. Qui pure il parere medico dominante attribuisce ad un'affezione locale ed apparentemente innocente un quadro patologico così variato, che si potrebbe adattare a qualsiasi forma morbosa. La tentazione di accontentarsi di questa diagnosi aumenta ancora col fatto, che basta a formularla il trovare un punto fisso nella linea alba, che si dimostri un po' sensibile alla pressione.

Non sempre si diede all'ernia epigastrica una tale importanza: Nélaton, Chelius, ma specialmente Scarpa, uno dei fondatori della erniologia scientifica, avvertirono di non lasciarsi trarre in inganno da coliche od altri simili disturbi addominali, per attribuirle ad un'ernia insignificante e sottoporre così i pazienti ad un'operazione non adatta.

Di fronte a questo sono addirittura fantastiche alcune descrizioni di sindromi da ernia epigastrica, fatte in quest'ultimi tempi.

Secondo Kuttner, Niehues, Schütz, Mohr ed altri, queste ernie in parte si presentano soltanto con disturbi locali o dispeptici, più frequentemente con coliche. Gli attacchi dolorosi non vengono localizzati soggettivamente sempre nel punto dell'ernia e si hanno tutte le immaginabili modificazioni. Così fu riscontrata l'irradiazione dei dolori verso il capo, il torace, le braccia, le coscie, il retto; in altri casi gli attacchi corrispondevano piuttosto a quelli della colelitiasi con l'irradiazione del dolore nella spalla destra, altri invece si presentavano eguali a quelli dovuti

alla nefrolitiasi con irradiazioni dolorose verso la vescica ed il testicolo. Fu detto che questi dolori possono assumere anche il quadro dell'*angina pectoris* o dei dolori a guisa di cintura, della tabe: che l'intensità di questi attacchi può aumentare fino allo *stupor* ed al delirio del paziente; che un importante sintomo concomitante è il vomito, il quale può diventare addirittura « invincibile »: che il nutrimento del paziente può essere talmente ostacolato, che queste ernie possono infine condurre ad una vera cachessia. Il quadro di questo male già grave e progrediente viene così, ancor aggravato colla descrizione di forti disturbi viscerali conseguenti alle ernie epigastriche, come, per esempio, diarree ematiche, ematemesi. Secondo Hilgenreiner può effettuarsi anche la fermentazione gastrica dell'acido lattico. Nulla manca più per il quadro del cancro gastrico, osserva l'A.! Furono riscontrati anche ittero e febbre: fu notato che anche la psiche e il sistema nervoso erano colpiti, si presentarono fatti ipocondriaci e molti autori accentuano la disposizione al suicidio. L'A. fa rilevare che tale tendenza deve essere soltanto platonica, perchè un caso concreto non potè trovare descritto malgrado tutte le sue zelanti ricerche.

L'osservatore imparziale si domanderà come questa abbondanza caleidoscopica di sintomi possa esser provocata soltanto dall'ernia.

In principio si spiegavano questi sintomi con le aderenze epiploiche nell'ernia. Per alterazioni nel portamento o nel riempimento degli intestini può effettuarsi una trazione dello stomaco, che trasmettendosi al fegato può cagionare i sintomi clinici sunnominati.

Questa spiegazione sorprenderà il chirurgo, al quale le aderenze epiploiche sono ben note nella maggior parte delle ernie ombelicali, poi anche nelle ernie cicatriziali, inguinali e crurali. I disturbi clinici che queste aderenze possono cagionare sono però piuttosto uniformi e si limitano a sensazioni di pienezza, dolori traenti, stitichezza, ecc. Prima di tutto però questa spiegazione perde il terreno per la semplice ragione che la maggior parte delle ernie epigastriche non contiene aderenze epiploiche, ma formazioni assomiglianti, della grandezza di un pisello o d'un fagiuolo, formati dal prolasso sottocutaneo del tessuto adiposo preperitoneale, che hanno passaggio attraverso a piccoli fori, siti fra le maglie della linea alba. Questo tessuto adiposo preperitoneale è coperto da un sottile rivestimento connettivale, che lo separa dal tessuto adiposo sottocutaneo e non è altro che la fascia trasversa. Secondo l'A. questa fascia può essere stata presa per il peritoneo, e per tal causa le formazioni descritte furono confuse con l'omento.

Un'altra spiegazione dei disturbi dell'ernia epigastrica è data dallo stiramento del peritoneo parietale, che *a priori* non si può escludere essendo il peritoneo parietale di grande sensibilità: sensibilità la quale si manifesta frequentemente nelle enrie inguinali iniziali. Nella maggior parte delle ernie epigastriche, le quali sono per lo più piccole ed immobili e non si lasciano ridurre, nè fuoriescono colla tosse o con gli sforzi, una trazione del peritoneo è da escludere.

Così venne concesso alla teoria che qualifica i disturbi come di origine riflessa, di unire il reperto anatomico dell'ernia epigastrica con il reperto clinico. Secondo Hullstein il lipoma con « trazione e schiacciamento di certi plessi nervosi » per via dell'irradiazione produce i sintomi viscerali. Kelling interpretava già da parecchio tempo questo processo, che corrisponde quasi all'inverso della formazione delle zone di Head. L'A. però non può immaginarsi come il tessuto adiposo preperitoneale, cioè uno dei tessuti più molli dell'organismo, che protegge i visceri delicati e viene adoperato anche nella chirurgia per circondare i nervi suturati, possa avere un'azione meccanica tale sui nervi sottocutanei dalla parete addominale. Facendo tale supposizione, le tumefazioni erniarie dovrebbero dimostrarsi dolorose alla pressione (Kelling), mentre nella maggior parte sono localmente indolenti.

L'A. conclude che finora manca una spiegazione plausibile per lo speciale contegno clinico dell'ernia epigastrica, e tutta la teoria sarebbe infondata, se non restassero per ultimo argomento i risultati operativi, dimostranti che i sunnominati sintomi hanno origine veramente dall'ernia epigastrica col fatto, che sopprimendo chirurgicamente le anomalie anatomiche spariscono i disturbi.

Le opinioni sui successi operativi sono generalmente molto favorevoli. Secondo Roth nessun'altra operazione radicale di ernia può dare una guarigione così completa. Lindner definisce questa terapia « quasi magica », Wittgenstein e Lindenstein per « molto gradita ».

Purtroppo per l'A. questi pareri ottimistici si dimostrarono un'illusione. Secondo le ricerche di Ahlborn, Capelle, Haverkamp ed altri, come anche dell'A. stesso la guarigione definitiva, cioè la cessazione completa dei disturbi si verificò soltanto nel minor numero dei casi e così la teoria della sintomatologia dell'ernia epigastrica suaccennata, già in se stessa molto problematica, perde l'ultimo suo sostegno.

Non mancarono naturalmente degli esperi-

menti per poter salvare l'edifizio crollante all'ultima ora. Si esaminarono le cause del ritorno dei disturbi e si ritenne che si trattasse o di recidive locali o della formazione di aderenze. Ambedue le possibilità non sono da respingere a priori. Però recidive si trovano, secondo l'A., tante volte anche nei casi clinicamente « guariti ». Aderenze peritoneali si hanno quasi dopo ogni laparatomia, che regrediscono per lo più spontaneamente se non ci sono dei processi locali chè sostengono una infiammazione. Se dunque si hanno delle aderenze molto tempo dopo l'operazione e se il decorso del resto fu senza complicazioni, ciò dimostra che bisogna cercare altrove la causa delle aderenze.

Non sfuggì naturalmente neanche ai propugnatori più convinti dell'ernia epigastrica che talvolta la causa dell'insuccesso operativo era semplicemente un grossolano scambio, specialmente con affezioni organiche dello stomaco. Perciò Capelle fondò la « sintomatologia condizionale » dell'ernia epigastrica, (così vorrebbe chiamarlo l'A.), secondo la quale la decisione definitiva dipendeva dal risultato della laparotomia esplorativa. Se questa dimostrò, per esempio, un carcinoma dello stomaco l'ernia divenne trascurabile. Se l'atto operativo non rivelò altro di anormale, l'ernia, anche se insignificante, dovette assumere la responsabilità di sintomi clinici anche non direttamente connessi.

La costruzione d'una simile sintomatologia condizionale non può essere soddisfacente nel senso scientifico e la sua dipendenza dal risultato della laparatomia esplorativa è pure in certo modo arbitraria, giacchè i processi che vengono presi in considerazione nella diagnosi differenziale non debbono assolutamente essere intraaddominali o palpabili. L'A. ricorda scambi avvenuti con il morbo di Adams-Stokes, con anemia perniciosa, con tabe dorsale oppure con casi in cui trattavasi di disturbi nettamente funzionali. È veramente i risultati operativi secondo l'esperienza della clinica di Küttner non migliorarono decisivamente dopo l'introduzione della laparatomia esplorativa.

Il crollo di quella teoria è causata dunque dal fatto, che si credeva di poter mettere qualsiasi sintomo a conto di un'ernia, che in realtà dovrebbe passare per insignificante.

L'A. che si occupò molti anni di questo tema, insiste in questa sua dichiarazione. Dice d'accordo con Rumpf, che la maggior parte dei portatori di queste ernie — che sono frequenti specie negli uomini — non hanno alcun disturbo e che queste vengono scoperte soltanto dal medico per ragioni occasionali, cioè se disturbi ostinati attirano l'attenzione alla regione addominale. Anche Schütz fece l'esperienza, che solo un piccolo numero degli uomini con ernie epigastriche si accorgono dell'esistenza dell' ernia, non considera però questo fatto come un argomento per la mancanza di sintomi e lo spiega coi « disturbi a distanza » che possono verificarsi in questi casi senza alcun sintomo locale.

Non è difficile comprendere, come fu possibile attribuire ad un'affezione in sè stessa per lo più innocua delle conseguenze così gravi. Siamo partiti dal fatto, che tante volte è difficile trovare una causa palpabile se i pazienti lamentano « dolori all'addome ». Se il medico in questi casi può accertare qualche reperto obiettivo, tenderà facilmente a dargli un'importanza speciale. In ogni gastrite, enterite di lunga durata e a decorso poco caratteristico, nelle affezioni epatiche iniziali, infine anche in malattie cardiache, nelle quali si ha un senso di pressione nell'epigastrio, se si scoprirà dopo un esame coscienzioso anche la più piccola ernia, giacchè l'opinione fin'ora valida ammette il rapporto di qualunque sintomo con questo reperto, non c'è da meravigliarsi, se il diagnosta s' accontenta qualche volta troppo presto.

Questo caso si verifica specialmente in certe affezioni neuro-funzionali, nelle quali i disturbi soggettivi sono frequentemente addominali: in questi casi un'ernia esistente e scoperta assume un'importanza speciale, giacchè questi ammalati sono sensibili per le minime irritazioni, le quali nel soggetto psichicamente sano restano sotto la soglia dello stimolo. Il medico che è persuaso dell'importanza clinica d'una simile ernia — e secondo i nostri libri di testo migliori lo deve essere — sarà così disposto di fissare i disturbi ancora incerti su quell'unico punto. Questo processo viene favorito dal fatto che anche normalmente l'epigastrio presenta una maggior sensibilità alla pressione: una pressione esercitata lungamente in una zona circoscritta sulla linea alba al disopra dell'ombelico dà lieve senso di dolore anche nell'individuo sano e tale dolore è il medesimo di quello provocato dalla pressione di molte ernie epigastriche o di lipomi preperitoneali. Si può paragonare questo caso al dolore per pressione nel punto di Mac-Burney, che può essere riscontrato in casi che colla patologia dell'appendice nulla hanno da fare e che condusse come prodotto artificiale, suggestivo, tante volte a gravi errori.

I sintomi neuro-ipocondriaci, che si trovano così frequentemente nell'ernia epigastrica, non

sono per lo più la conseguenza dell'ernia ma formano la base, sulla quale si costruisce poi secondariamente la sindrome di quell'affezione locale, insignificante per sè, ma la cui importanza viene artificialmente ingigantita.

Questa suggestione dei medici s'incontra tanto più facilmente con la psiche degli infermi, se da parte loro entra il desiderio di attribuire ogni disturbo a quest'affezione. Questo ci insegna la teoria dell'ernia epigastrica traumatica, che nella forma d'oggi è scientificamente insostenibile. E se Plaschke durante l'ultima guerra entrò nella convinzione, che l'esistenza di un'ernia simile debba dispensa dal servizio al fronte, secondo l'A. si lasciò ingannare dai suoi pazienti.

L'interpretazione degli insuccessi operativi ci dimostra, quanto si procedette arbitrariamente per poter salvare il parere preso. I disturbi, che prima si riferivano all'ernia vengono considerati allora come sintomi legati all'indennizzabilità, o se prima l'ernia fu presa per la cagione di diarrea, si trova: guarigione completa, il paziente è ancora affetto solamente da un catarro gastro-intestinale, ecc.

Questa stima esagerata della terapia operativa viene scusata col fatto, che i primi successi erano discreti. A questo punto l'A. ricorda i casi di carcinoma dello stomaco inoperabili, nei quali la laparatomia esplorativa diede miglioramento, spiegabile col riposo e colla dieta mantenute più severamente dagli ammalati e colle sensazioni postoperative locali e generali, che distraggono l'attenzione dell'infermo dalla malattia fondamentale. In maggioranza si tratta di influenze suggestive coscienti od incoscienti. La parte di questo fattore nei successi primi di quest'operazione dimostra anche il fatto, che alcuni autori riscontrarono i medesimi successi con bendaggi e con impacchi prementi e tutto questo anche in ernie irreducibili.

Ma trattandosi di disturbi d'origine psicogene, il risultato del trattamento chirurgo non è di lunga durata. Per la medesima causa i chirurgi abbandonarono le finte operazioni negli isterici.

Le conseguenze pratiche di queste nozioni sono chiare. L'A. è convinto, che esaminando senza preconcetti queste ernie, si diminuiranno i casi tanto ricchi di sintomi e clinicamente isolati e d'altronde altre malattie verranno precisate meglio, che fin'ora si nascondevano dietro a questa anomalia.

L'A. ritiene che soltanto 10 % di queste ernie cagionino disturbi notevoli. Nell'intervento chirurgico questo fatto dovrà esser preso in considerazione.

BLÜH.

PATOLOGIA ESOTICA.

Su di una nuova dermatosi da filaria (Scabbia da filaria).

(J. MONTPELLIER e A. LACROIX: *Presse médicale*, 1920, n. 62, pag. 607).

Tutti coloro che hanno avuto a che fare con milizie originarie dall'Africa Occidentale ed Equatoriale Francese ricorderanno senza dubbio d'aver riscontrati dei casi di eruzione cutanea pruriginosa, papulo-pustulosa, ricordanti molto da vicino la scabbia, definita perciò « scabbia ectimatosa », ma resistente ad ogni trattamento antiscabbioso.

Si tratta di una dermatosi eccezionale che gli autori identificano ora e che è dovuta a degli embrioni d'*Onchocerca volvulus* che invadono il derma.

L'insieme di questa dermatosi è assai complesso; non di meno una accurata analisi permette di decomporla facilmente in una serie di lesioni elementari che naturalmente si combinano in proporzioni variabili e possono così dar luogo a qualche variante clinica.

Però queste varianti non sono che lievi sfumature e ogni caso corrisponde sempre al medesimo schema. Si ha a che fare anzitutto con una modificazione diffusa degli integumenti, i quali in seguito alla esagerazione delle insolcature normali della pelle danno a questa l'aspetto del cuoio di cagrin.

Questo stato è specialmente evidente sul tronco e più sulle natiche e sui lombi ove si avverte alla palpazione un ispessimento più o meno rilevante della pelle, talvolta una vera pachidermia. Oltre a ciò la pelle assume uno speciale aspetto di ruvidezza, il quale non è affatto il risultato di un grattamento immediatamente anteriore all'esame, non scompare nè con l'acqua, nè col sapone ed è più evidente sulle superficie esterne delle braccia e delle cosce e verso i ginocchi.

In queste regioni, che appaiono lievemente squamose, l'aspetto zigrinato non esiste: in qualche punto le insolcature normali della pelle sono scomparse, lasciando delle chiazze notevolmente ispessite, con superficie lievemente granulosa, che ricordano alcune vecchie placche di nevrodermite circoscritta, o meglio di lichene, dando a questo termine il suo vecchio significato.

Su queste modificazioni diffuse che occupano tutta la superficie degli integumenti — eccezione fatta per le mani, per i piedi, per la testa e per gli organi genitali — sono disseminati in numero variabile degli elementi eruttivi di dimensioni molto diverse, gli uni mi-

liari, gli altri del diametro di una moneta da cinquanta centesimi.

I più piccoli, primo anello di questa catena ininterrotta, sono delle papule molto piatte, appena evidenti, a contorni netti, a superficie regolare non squamosa, liscia e brillante, insomma pseudo-lichenoide. Meno numerosi sulle membra, questi elementi abbondano invece sul tronco e specialmente sul torace e verso la cintola.

Molti di essi restano in questo stadio e scompaiono lentamente, altri tendono ad acuminarsi, si ricoprono di una vescicola più o meno netta che rapidamente si trasforma in pustola. Più spesso questa vescico-pustola si dissecca si vedono allora disseminate sul tronco, e specialmente sugli avambracci, serie di pustole miliari ricoperte di una squama-crosta minuscola. Eliminata la crosta, la lesione appare come una piccola escavazione cicatriziale di un colore grigio-salmone. Oltre queste lesioni miliari o lenticolari, se ne trovano altre che possono raggiungere le dimensioni di una moneta di cinquanta centesimi. Si tratta sempre di papule molto piatte con la superficie escoriata, la quale si ricopre di una crosta grigio-giallastra, spesso aderente, come infossata nella pelle, che, distaccata, lascia uscire una goccia di pus denso, giallo-verdastro. Talvolta avviene che alcuni elementi, distaccatasi la crosta, senza dubbio in seguito a grattamento, si presentino sotto la forma di una ulcerazione a margini assai irregolari, a fondo lardaceo, poco suppurante e qualche volta incavata a guisa di cratere. I più antichi di questi elementi in genere si raggrinzano e si vedono allora ricoperti di una crosta più secca, bruna, spesso anzi nera, ancora aderente, sotto di cui si nasconde una superficie depigmentata, incavata, cicatriciforme. Queste cicatrici piccole o grandi, più o meno ombelicate, sono in taluni soggetti molto numerose e si riscontrano naturalmente nelle regioni ove risiede di preferenza la eruzione pustolosa (avambracci, lombi, natiche).

In qualche caso la formazione di vescicole è più evidente e più duratura; essa può anzi aversi di botto senza la fase della papula o su delle papule appena all'inizio. Questi elementi si osservano allora a preferenza sul dorso della mano e delle dita e ricordano molto bene le vescicole di taluni scabbiosi. È essenziale per la diagnosi di insistere ancora sulla topografia dell'eruzione. Essa occupa il tronco e le membra sopratutto sulla loro faccia esterna. Il viso, il cuoio capelluto, gli organi genitali, la palma delle mani, le piante dei piedi, gli spazii interdigitali, i polsi sono generalmente rispettati, e così pure le mucose. Invece sono spesso colpiti il collo, la nuca, le regioni parotidee. Naturalmente su ogni soggetto questi differenti fattori dell'eruzione si combinano in proporzioni variabili, sempre però in modo da potersi riferire ad uno stesso schema clinico.

Basta ricordare che l'eruzione procede con gittate interrotte, oppure successive le une alle altre e che perciò la dermatosi è tanto più manifesta quanto più è antica la invasione delle filarie e che essa risulta composta da elementi in differente grado di sviluppo.

Bisogna infine osservare che in questi malati — anche nelle condizioni più favorevoli per questo — si hanno raramente foruncoli, ascessi, linfangioiti, eruzioni ectimatose, ecc., quasi che la loro pelle fosse refrattaria a queste piodermiti.

Non avendo osservato questa dermatosi se non presso dei negri, manca alla descrizione uno dei fattori essenziali che caratterizza ogni eruzione: vale a dire il colore. Altri osservatori più fortunati avranno senza dubbio occasione di osservare la dermatosi su soggetti bianchi e potranno precisare quest'ultimo carattere.

L'affezione è essenzialmente pruriginosa: il prurito è in generale risvegliato dal contatto dell'aria ed è più violento al principio di ogni gittata eruttiva, verisimilmente quando si effettua una nuova invasione di microfilarie nel derma.

A questo momento si osserva spesso un'eruzione di orticaria, che si vede nascere per così dire sotto le unghie del malato.

Contemporaneamente a questi sintomi le condizioni del malato si alterano (prostrazione, malessere generale, dolori articolari, leggero movimento febbrile, stato saburrale con depapillazione della lingua. Si nota infine in questi malati una forte eosinofilia, delle adenopatie e dei tumori fibrosi sottocutanei sui quali si tornerà più oltre.

Per chi ha visto altri casi, la diagnosi di questa dermatosi è facile, poichè l'insieme dell'eruzione è estremamente caratteristico e permette di escludere le punture di pulci, di zanzare, o la pediculosi, e così pure la piodermite primitiva o secondaria, la sifilide e la prurigine.

Da sola, la scabbia può prestarsi a qualche confusione, ed infatti è soltanto con essa che questa sindrome è stata sino ad oggi confusa.

Il prurito intenso e la formazione di pustole effettivamente fanno pensare all'acaro. Peraltro la topografia delle lesioni, il loro carattere

obbiettivo ed il loro monomorfismo, l'assenza assoluta di solchi e l'inefficacia delle cure antiscabbiose permettono facilmente di fare la diagnosi differenziale.

L'etiologia di questa nuova dermatosi consiste nella invasione del derma da parte di embrioni d'*Onchocerca volvulus*. Queste microfilarie dimorano negli strati superficiali, in pieno tessuto connettivo, assolutamente al di fuori della rete vasale.

Il numero di questi parassiti in generale è tanto maggiore quanto minore è la reazione infiammatoria nel derma; nello stesso campo microscopico se ne trovano in certi punti sino a tre o quattro. Essi hanno press'a poco 8 μ di larghezza su 400 di lunghezza e mancano nel corion delle mucose.

Questi embrioni, che non si trovano mai nel sangue, arrivano al derma per le vie linfatiche — sembra — dei gangli e delle cisti fibrose di cui sono portatori questi soggetti. Le adenopatie sono infatti presso di essi quasi costanti. Particolarmente nelle regioni crurali si osservano dei gangli duri, indolori, riuniti in un ammasso che sporge sotto la pelle. Altrove sono piccole adenopatie dure indolenti che ricordano quelle della sifilide. Quanto ai tumori fibrosi, si tratta di quelle cisti filariche descritte dagli autori che si sono occupati di questo parassita: piccole nodosità di durezza quasi cartilaginea, di dimensioni variabili da un pisello ad una mandorla, non aderenti alla cute, sfuggenti sotto le dita e che si trovano a preferenza in corrispondenza delle creste iliache o delle costole. La loro piccolezza spesso fa sì che passino inosservate. La loro estirpazione è facile.

In questi blocchi fibrosi vivono gli adulti, maschio e femmina, di un nematode (Filaride) della lunghezza di qualche centimetro, descritti per il primo dal Leuchart nel 1892 (*Onchocerca volvulus*).

Sembra che J. O'Neil avesse intravista già nel 1875 queste dermatosi. Egli descriveva su i negri africani, sotto il nome di Craw-Craw, un'affezione cutanea papulo-pustolosa pruriginosa, molto simile alla scabbia. Sulla pelle di sei malati affetti da questa eruzione egli aveva trovato degli embrioni di filaria occupanti il derma. Le osservazioni di O'Neil non furono però confermate: furono anzi molto discusse, sopratutto per ciò che riguarda la constatazione delle microfilarie nel derma, le quali, secondo Patrik Manson, provenivano non dal derma propriamente detto, ma dai vasi lesi col raschiamento. Così il lavoro di O'Neil non lasciò nulla di preciso, eccetto il termine di Craw-Craw, il quale, fondato su basi cliniche ed etiologiche così fragili, un po' per volta perdette il suo senso primitivo, al punto che si legge oggi descritto sotto questa denominazione un insieme di affezioni più o meno pruriginose, le une papulose, le altre pustolose, altre francamente ulcerose ed anche framboesiformi, alcune disseminate su tutta la pelle, altre esclusivamente localizzate sulle membra inferiori; insomma, eruzioni con topografia e con caratteri differentissimi fra di loro.

Egli è perciò, che lasciando al termine Craw-Craw il senso generico che gli si attribuisce nelle regioni tropicali, gli autori, per designare questa dermatosi di cui l'entità è ormai accertata, preferiscono la denominazione di scabbia da filaria, la quale ha il doppio vantaggio di ricordare l'aspetto clinico della dermatosi e nello stesso tempo la sua etiologia.

È inutile insistere sull'interesse che solleva l'identificazione di questa sindrome. Oltre all'aprire una pagina nuova nel capitolo, sì poco conosciuto, della patologia da filarie, essa porta un contributo prezioso allo studio speciale della volvulosi. Per ciò che concerne quest'ultimo punto, si conosce nell'uomo da circa trent'anni l'esistenza dell'*Onchocerca volvulus* nelle cisti filariche. Si sapeva anche da studi recentissimi di qualche autore, particolarmente di Ouzilleau, che l'*Onchoeerca* non si limita a vivere passivamente nei gangli e nei tumori fibrosi sottocutanei, ma che è anche, come la *filaria Bancrofti*, causa frequente di elefantiasi. Le nostre nozioni si limitavano a questo in materia di *volvulosi* ed era ancora oscura la sorte ultima degli embrioni di questa filaria, che non si trovavano nel sangue.

Le ricerche degli autori colmano questa lacuna ed hanno inoltre un interesse pratico.

Oltre, infatti, al numero delle reclute, non più atte al servizio, a causa di questa dermatosi, non bisogna dimenticare che l'*Onchocerca* sembra possa acclimatarsi anche in Europa.

Così dunque, in attesa di dati più precisi sul modo di trasmissione di questa malattia, non sarà forse fuori di luogo, oltre che studiare i mezzi per guarirla, di sorvegliare efficacemente questi malati, e meglio ancora, forse, di isolarli fin dal principio.

La cura di questa malattia è ancora ignota. È evidente che essa debba essere diretta non contro gli embrioni che occupano il derma, ma contro gli adulti. *A priori*, il mezzo più radicale consisterebbe dunque nell'estirpare i nidi fibrosi sottocutanei nei uqali vive l'*Onchocerca* o distruggerli con l'iniezione di liquidi

diversi. Disgraziatamente non sembra dubbio che ogni malato porti su di sè più cisti di cui alcune impossibili a scoprire, ed in queste condizioni parrebbe più opportuno tentare una cura interna.

A giudicare dalle prime prove gli arsenobenzoli non sarebbero efficaci.

In uno dei malati in cui furono iniettati in complesso 7 gr. di 914 in 16 iniezioni, l'eruzione si mantenne inalterata, ed una cisti, estirpata su di esso un mese dopo, ospitava ancora una femmina viva e in pieno stato di riproduzione. Altri prodotti impiegati da poco tempo a questa parte non hanno dato fino ad ora risultati concludenti.

V. MONTESANO.

CENNI BIBLIOGRAFICI

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione

EBENS ERNST: *Lehrbuch der Perkussion und Auskultation.* — Berlino, Springer, 1920. — — Prezzo M. 64.

L. A. tratta della semeiologia degli organi respiratori degli organi della circolazione, degli organi addominali, esponendo quanto si riferisce a tutti i mezzi di indagine, ma con particolare riguardo alla percussione ed all'ascoltazione.

Alla completa trattazione dell'argomento sono aggiunte numerosissime figure ricavate da preparazioni anatomiche, da fotografie di malati, da radiografie che illustrano molto chiaramente quanto è esposto nel testo. È opera utile ed interessante che raccoglie tutti i dati rilevabili con i comuni mezzi di esame del malato e con i metodi di ricerca più fini (radiografia, elettrocardiografia) mettendoli sempre in relazione con le diverse condizioni patologiche degli organi da esaminare.

TR.

HERMANN SCHLESINGER: *Krankheiten der Lunge, des Brust und des Mittelfels. (Diagnostiche und therapeutische Intümer und deren Verhütung).* — Lipsia, G. Thieme, 1919.

L'ottavo fascicolo della pubblicazione diretta dallo Schwalbe sugli errori di diagnosi e di terapia e sul modo di evitarli è dedicato alle malattie dei polmoni, del torace e del mediastino — H. Schlesinger nella pratica di un trentennio ha potuto osservare come siano tutt'altro che rari certi errori diagnostici e terapeutici, ed egli porta nella trattazione dell'argomento la sua personale esperienza, riferendo gli errori che a lui occorsero e quelli che gli furono noti. L'esposizione della materia è suddivisa per ogni singola malattia in due parti, nella prima con la trattazione della diagnosi differenziale sono posti in evidenza i frequenti errori diagnostici, ed il modo di salvaguardarsi da essi, nella seconda sono esposti gli errori terapeutici dipendenti quasi sempre dagli errori di diagnosi.

Le illustrazioni schematiche del testo sono ricavate tutte da radiografie.

TR.

P. ELIAZADE: *Anatomia patologica y patogenia de la sifilis pulmonar.* — Buffarini editor, Buenos Aires, 1919.

Le osservazioni anatomiche dell'a. comprendono un periodo di sette anni su un largo materiale di autopsie nel laboratorio di anatomia patologica dell'ospedale Ramos-Mjia. Il lavoro è fondato su una trentina di casi accuratamente studiati: in tutti la diagnosi anatomica è stata fondata sul reperto dello spirochete di Schaudinn.

Gli studi vertono sull'anatomia patologica e sulle deduzioni circa la patogenesi delle lesioni sifilitiche del polmone.

Forse alcune affermazioni dell'autore hanno bisogno di ulteriori conferme, così, per es., l'importanza dei traumi e delle infezioni banali nel predisporre il tessuto all'attecchimento delle spirochete, così la distinzione dei quattro stadi della pneumonia sifilitica; ma la conferma di vecchie idee e tutte le nuove affermazioni hanno un deciso valore e una grande importanza: pochi lavori sull'argomento avevano preso come condizione fondamentale l'accertamento diagnostico per mezzo della dimostrazione dello spirochete. Gli studiosi dell'argomento troveranno il libro e le numerose figure piene di vero interesse.

t. p.

A. RHEINDORF: *Die Wurmfortsatzentzündung.* 1 vol. in-8 gr., di pag. 224. Berlino, 1920, S. Karger, editore. — Prezzo M. 18.

È il libro di un anatomo-patologo, che studia l'appendicite dal punto di vista istologico e patogenetico, specialmente nei riguardi del compito che spetta agli elminti e in primo luogo agli ossiuri; i reperti e le concezioni dell'A. vengono posti in rapporto con la clinica; infine egli ne trae interessanti applicazioni profilattiche.

Il lavoro è stato condotto su di un copioso materiale anatomico e parassitologico (tratto in parte dalle truppe operanti). È corredato di molte microfotografie ed impresso in magnifica carta.

R. B.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA.

I fenomeni dolorosi provocati dall'ovaio.

Una delle più comuni lamentele in ginecologia consiste nel dolore cronico nell'ipocondrio, specialmente lateralmente all'orlo pelvico, mentre non si trovano segni fisici che spieghino tale dolore. (A. W. Borne. *Clinical Journ.* e *Med. Review*, settembre 1920). Questo sembra più forte al di sopra dell'ovaio, specialmente alla pressione profonda, mentre il riscontro vaginale rivela una certa sensibilità dei fornici e sebbene l'ovaio sia poco palpabile, il medico è spesso indotto a diagnosticare dolore ovarico da probabile ovarite. Tale diagnosi è spesso errata, come viene provato dalla frequenza con cui la laparotomia dimostra che l'ovaio è perfettamente sano.

Ora l'ovaio è, come il testicolo, un organo sensibile che provoca un dolore definito quando viene compresso, p. e., durante la palpazione; quindi il trovare un aumento di dolore all'esame bimanuale non basta per porre la diagnosi di ovarite. D'altra parte sebbene tale organo sia ben provvisto di filamenti nervosi dal simpatico, è assai dubbio che questi possano dare origine ad un dolore neuralgico; ed il trattamento operativo senza che vi siano sintomi decisi di malattia potrebbe portare gravi conseguenze.

L'ovaio può essere direttamente causa di dolore cronico:

1° *Quando provoca pelvi-peritonite cronica come parte di salpingo-ooforite.* — Il dolore è costante e peggiore con la stazione eretta e con lo sforzo: vi è menorragia e dismenorrea congestiva. Con l'esame si palpa una massa dolorosa fissa dietro e da un lato dell'utero. Talvolta l'ovaio destro è affetto in causa di appendicite cronica-appendicolo-ooforite, in cui i sintomi principali sono quelli dell'appendicite cronica. Le infiammazioni tubo-ovariche riconoscono come causa la tubercolosi, la blenorragia, i parti, gli aborti.

2° *Quando è abnormemente congesto.* — In una varietà, l'ovaio soffre di eccessiva congestione, come tutti gli altri organi pelvici nella settimana premestruale, ciò che si manifesta con dolore o malessere alla pelvi, specialmente stando in piedi o camminando, dolore che si calma nella posizione orizzontale e scompare con lo stabilirsi dei mestrui. Si trova una particolare sensibilità pelvica, particolarmente afferrando l'ovaio con le dita nell'esame bimanuale. In questa forma di dismenorrea congestizia sarebbe un grave errore procedere ad un atto operativo, essendo l'ovaio soltanto una piccola parte della pelvi, mentre la condizione viene migliorata con il riposo, l'uso di tamponi glicerinati, purganti ed estratto pituitario.

La seconda varietà di congestione ovarica consiste in un vero varicocele delle vene pampiniformi che si trovano nel legamento infundibolo-pelvico.

La paziente si lamenta di dolori ad uno od entrambi i lati alla metà di una linea che va dall'ombelico al punto medio della linea fra la sinfisi e la spina anteriore-superiore. Il dolore è costante in tutto il mese, aumenta gradatamente nella settimana premestruale, raggiunge il massimo all'inizio della mestruazione e tende a scomparire poco dopo. Il dolore è pure sensibile alla regione lombare e, quando è forte, provoca nausea e vomito. È caratteristico il miglioramento che si ha con la posizione supina, mentre il dolore incomincia due o tre ore dopo che la paziente si è alzata. Detto dolore distingue da quello del prolasso uterino o vaginale situato nella fossa iliaca, però più vicino al legamento del Poupart.

All'esame si osserva generalmente utero retroverso e mobile, con ovaio prolassato, doloroso e mobile.

Il trattamento è unicamente operativo: se la condizione è unilaterale, si asporta tuba ed ovaio, altrimenti si fissa l'ovaio meno affetto e si tratta la retroversione uterina col metodo di Gilliam.

La dispareunia, che si osserva spesso in questa forma per il prolasso dell'ovaio, specialmente quando esso si trova lungo l'utero retroverso si tratta correggendo la posizione dell'utero e dell'ovaio.

3° *Nell'emorragia interstiziale dell'ovaio* dovuta ad ooforite interstiziale cronica. Clinicamente si tratta di malattie tubo-ovariche croniche con attacchi di dolori acuti. La diagnosi di emorragia si fa soltanto all'atto operativo.

4° *Nel dolore intermestruale*, che si osserva a metà del periodo fra una mestruazione e l'altra, e dura pochi giorni. È dovuto probabilmente ad ooforite interstiziale cronica, derivante da infezione tubaria.

Il più spesso però si fa una errata diagnosi di ovarite in pazienti neurasteniche o neurotiche in cui i sintomi pelvici attraggono l'attenzione.

Mancano i segni fisici di malattia ovarica e la storia caratteristica dei dolori già descritti. Si osserva poi una sproporzionata sensibilità

alla più delicata palpazione dell'addome. Si tratta di pazienti magre con riflessi esagerati, il rene destro mobile, lo stomaco con guazzamento, pulsazioni aortiche visibili e dolore alla pressione sull'aorta. Le pazienti dormono male, hanno dispepsia flatulenta con anoressia e costipazione. In tali casi, essendo assenti i segni fisici di malattia ovarica, l'operazione peggiorerebbe le condizioni.

Talvolta lo stato neurastenoide è secondario alla malattia pelvica (salpingo-ooforite) di cui si trovano i segni in forma di rigonfiamento fisso e dolente dei fornici vaginali; in tal caso l'atto operativo potrà, dopo un certo tempo, fare scomparire anche i sintomi neurastenoidi.

r. s.

Ipertrofia mammaria diffusa.

B. Soutar Simpson (*Edinburgh med. Journal*, 1920, pag. 176) riporta il caso di una donna di 32 anni, in cui le mammelle erano andate gradatamente crescendo di volume; tre mesi dopo l'inizio della prima gravidanza, si svilupparono in modo tale che in tre settimane raggiunsero un volume tale da rendere difficile il cammino, sulla pelle si formarono fenditure, e comparvero dolori particolarmente forti di notte.

La paziente aveva un aspetto di intossicata con temperatura verso i 38°, polso frequente e piccolo. La respirazione era resa difficile per il grande volume delle mammelle, che nella stazione eretta arrivavano fino ad otto cm. circa sotto il pube. La consistenza era uniformemente molle; i capezzoli erano a livello della cute e potevano a mala pena essere identificati. La pelle era scabra, non aderente; alla superficie inferiore di ogni mammella vi era un'ulcerazione.

Con fasciature adatte le mammelle vennero sostenute, le ulcerazioni medicate: venne somministrato joduro di potassio ad alte dosi; la fenacitina e l'aspirina calmarono, sul principio i dolori, ma poi si dovè ricorrere alla morfina. Non si procedette all'interruzione della gravidanza, per il cattivo stato generale; così l'asportazione delle mammelle era fuori questione.

Per una settimana le condizioni migliorarono, poi le mammelle continuarono a crescere in modo impressionante, con ingrossamento delle vene superficiali ed edema. La consistenza delle mammelle era affatto molle, con numerose masse, mal definite, sode. L'ammalata morì, in stato di esaurimento; l'autopsia non venne permessa.

L'ipertrofia mammaria è stata descritta specialmente da autori tedeschi e russi: può verificarsi nell'infanzia, nell'adolescenza e nella maturità. Nell'infanzia è rara ed associata con sviluppo sessuale precoce. Per le altre due categorie, la metà dei casi si osserva dall'inizio della mestruazione a 18 anni, l'altra dai 18 ai 48; il periodo di accrescimento varia dai due mesi ai due anni; nel caso attuale è stato di 13 mesi.

Per quanto riguarda la patologia della ipertrofia, si può dire che nulla si trova salvo la prodigiosa grossezza. Sopra 240 casi raccolti da Dearer e Macforland, l'esame è stato praticato 52 volte; in 16 casi trattavasi probabilmente di fibroadenoma, in 3 casi di eccesso di tessuto adiposo, in 2 di carcinoma, in uno di fibrosarcoma. Nel caso attuale, probabilmente trattavasi di tumore maligno.

Per il trattamento, alcuni hanno raccomandato l'amputazione delle mammelle, operazione grave che potrebbe anche essere inutile perchè talora l'ipertrofia si riduce spontaneamente. Alcuni hanno trovato benefici nella compressione e nella somministrazione di joduro di potassio; altri hanno tentanto con poco successo gli estratti mammarî.

r. s.

L'estratto pituitario nel trattamento dell'amenorrea.

R. Hofstätter (*Cblatt. für Gynäkologie*, 1920, pag. 68) ha trattato con estratti pituitari 218 casi di amenorrea: dei 180 casi, che ricevettero più di una o due iniezioni, 123 guarirono, 57 furono refrattari alla cura. In qualche caso questa venne completata con il raschiamento dell'utero, che sembra esplichi un effetto favorevole.

L'A. classifica i casi di amenorrea come segue: 1° Amenorrea assoluta, dovuta ad atresia, aplasia, pseudoermafroditismo, arresto generale di sviluppo: in tali condizioni non si ottiene alcun effetto; 2° ipoplasia per incompleto sviluppo della pubertà: le ovaie sono piccole e l'utero infantile per forma e posizione; in questi casi il trattamento pituitario provoca l'accrescimento dell'utero e lo stimolo delle ovaie, ed accelera lo sviluppo dei caratteri sessuali secondari; 3° Amenorrea di maritate nullipare fra i 20 ed i 40 anni. Si ottengono buoni risultati nella metà dei casi con una frequenza che è in ragione inversa della durata dell'amenorrea; 4° Atrofia dell'utero, che persiste più di tre mesi dopo l'allattamento; la guarigione è costante; 5° Amenorrea in donne con figli, ma senza rapporti con puerperio od allattamento,

inclusavi la così detta amenorrea di guerra; la guarigione si ottiene in due terzi dei casi.

Nelle pazienti corpulente si ottiene una notevole riduzione di grasso, mentre nelle giovani si ha leggero aumento di volume delle mammelle e benessere generale. L'epistassi è un segno che indica il prossimo ristabilirsi della mestruazione.

La somministrazione si fa mediante due o tre iniezioni nella settimana precedente a quella in cui si dovrebbe avere la mestruazione, e si continua così per diversi mesi: bisogna evitare di fare iniezioni troppo frequenti e ravvicinate, altrimenti si possono avere ronzìo agli orecchi, vertigini, nausee, pallore e cianosi. La somministrazione dell'estratto per bocca può coadiuvare la cura.

fil.

L'elioterapia in ginecologia.

È anzitutto indicata nelle localizzazioni genitali o paragenitali della tubercolosi, specialmente nelle salpingiti tubercolari.

Buoni risultati si sono ottenuti nelle malate con essudati infiammatori.

Notevole è l'effetto analgesico, per cui il bagno di sole viene consigliato in tutte le sindromi dolorose dell'addome e del bacino, nelle annessiti dolorose, nelle cistiti bacillari.

Badin ha ottenuto un'azione emostatica nelle metrorragie e, in modo generale, un'azione decongestionante. Anche nelle amenorree e dismenorree senza causa anatomica apprezzabile si sono avuti buoni effetti. Oltre a ciò non si deve trascurare l'azione benefica sullo stato generale.

Tecnica. — L'elioterapia deve essere diretta (A. Aimes. *La pratique de l'héliothérapie*), senza interposizione di corpi estranei (compresse, vetri, ecc.); va fatta quindi all'aperto. Dev'essere totale, esponendo tutto il corpo, salvo la testa: quando ciò non sia possibile, ci si accontenterà di un'elioterapia regionale molto larga; Essa deve inoltre essere progressiva, poichè altrimenti si corre il pericolo di esporre l'ammalata a congestioni viscerali: quindi, all'inizio, la cura solare va progressivamente dosata.

r. s.

Sintomi della placenta previa.

Emorragia improvvisa, accompagnata da sincope, vertigine, inquietudine, polso debole; la diagnosi differenziale con l'emorragia accidentale si fa in base ai seguenti criteri:

PLACENTA PREVIA.	EMORRAGIA ACCIDENTALE.
Si manifesta di solito dopo il sesto mese di gravidanza, ma può aversi anche dal secondo mese.	Si ha comunemente nel primo stadio del parto, oppure anche negli ultimi tre mesi di gravidanza.
L'emorragia è improvvisa e senza dolori.	Emorragia subitanea, accompagnata di solito da dolore acuto.
Emorragie ripetute di crescente gravità.	Emorragie che persistono fino ad evacuazione del contenuto uterino od a morte della paziente.
Collo e segmento inferiore dell'utero edematosi, con marcate pulsazioni.	L'esame vaginale non rivela alcuna condizione anormale.
Collo pervio, in cui si può sentire la placenta.	Collo poco pervio.
Rumore placentare situato in basso.	Rumore placentare in posizione normale.

(Dal *Medical Record*). *l. b.*

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Il potere patogeno del "Plasmodium falciparum" in confronto con quello delle altre specie di malaria.

Il *plasmodium falciparum* dimostra un potere patogeno assai maggiore di quello dovuto alle altre specie di malaria come si desume dal numero di casi mortali di malaria quasi tutti determinati da esso e dalla constatazione che esso è causa di tutti i tipi clinici della malaria perniciosa. Tale fatto, scrive C. C. Bass nel *Journal of Trop. Med. and Hygiene* (n. 19, ottobre 1920), è stato attribuito ad una maggior produzione di sostanze tossiche da parte del parassita, ed al numero maggiore di parassiti presenti nel sangue nelle forme della malaria maligna.

Lo sviluppo e la riproduzione dei parassiti della malaria ha luogo principalmente se non interamente nei capillari di alcuni tessuti ed organi, e generalmente i parassiti sono più numerosi nel midollo osseo, nella milza, nel cervello, nel fegato. Il *plasmodium falciparum* dotato di movimenti ameboidi assai limitati, permane più facilmente nei capillari che non

i parassiti delle altre forme, provvisti di movimenti ameboidi più vivaci. L'A. osserva come nell'infezione dovuta al *plasmodium falciparum* si trovino in circolo soltanto forme anulari, e che non appena i parassiti aumentano di volume, scompaiono dalla circolazione generale. Sulla maggiore o minore permanenza dei parassiti in circolo influisce la struttura dei capillari diversi da individuo ad individuo. Così nei bambini, specie in quelli di età inferiore ad un anno si trovano in circolo parassiti in numero assai maggiore che non nelle persone adulte, e ciò probabilmente è dovuto al fatto che i capillari sono più ampi. Se mentre si osserva a fresco un preparato di sangue malarico, si eseguisce una pressione sul copriogggetti, è facile riconoscere come i globuli rossi contenenti il parassita poco si muovano, mentre gli altri eritrociti scorrono secondo le correnti determinate dalla pressione esercitata.

Nelle autopsie di casi mortali di malaria si trovano i tessuti talmente dipieni di parassiti da assumere una colorazione particolare e nei capillari del cervello di individui morti per malaria estivo-autunnale si nota un numero talmente grande di parassiti da essere impedita la circolazione. Tale fatto dà spiegazione dell'anemia e del coma.

Secondo l'A. il maggior potere patogeno del *plasmodium falciparum* sta nella forma dei parassiti, nella loro maggiore consistenza, e nel fatto che essi permangono più a lungo nei capillari ove si moltiplicano in maggior numero sopravvivendo più di quello che non accada per le altre specie di malaria. Infatti il *plasmodium vivax* e il *plasmodium malariae* hanno movimenti ameboidi più vivaci, sono meno resistenti alla pressione, onde rimangono meno nei capillari, più facilmente si segmentano ed i mesozoiti risultanti sono prontamente distrutti — mentre i parassiti della malaria estivo-autunnale sono più resistenti alla pressione, hanno scarsi o nulli movimenti ameboidi, e, come frequentemente si riscontra all'autopsia, riempiono i capillari sino ad ostruirli completamente.

TRENTI.

Nella nostra Sezione Medica pubblicheremo prossimamente: Sulla Patogenesi dei versamenti che sopravvengono nel corso di un pneumotorace - Ricerche cliniche e citologiche - per F. Dumarest e F. Parodi, direttore il primo ed assistente quest'ultimo del Sanatorio Popolare Felix Mangini ad Hauteville (Ain).

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1233) *Sull'uso dell'uricometro di Ruhemann.* — All'abb. 5074:

Si versa solfuro di carbonio fino al segno S. in maniera che al segno stesso corrisponda il menisco inferiore del liquido. Si aggiunge la soluzione iodoiodurata fino al segno J in maniera che al segno corrisponda il menisco superiore del liquido e poi, a poco a poco, l'urina in esame, che non deve essere alcalina, nè contenere pus o sangue. Si agita, nelle successive aggiunte di urina, l'apparecchio e si continua così, finchè il colorito della miscela si avvicina a quello dell'urina controllo e il solfuro di carbonio assume un colorito rosa pallido. A tal punto la reazione è finita e si legge il resultato. La cifra corrispondente al livello del liquido corrisponde al per mille di acido urico.

Il metodo è senza dubbio rapido ma dà cifre solo approssimative.

t. p.

(1234) Al dott. L. M., Canosa:

Per la tecnica delle iniezioni endovenose, le consigliamo un trattato di tecnica medica; tra essi, breve, ma molto chiaro è quello di Mariani: *Tecnica medica*, ed. Vallardi.

t. p.

(1235) All'abb. n. 9858. — Di trattati italiani di ostetricia e ginecologia abbiamo: il « Trattato completo di O. e G. » di Cuzzi, Pestalozza, Guzzoni e Mangiagalli, in corso di pubblicazione (Milano, F. Vallardi); il « Manuale di O. » di Clivio, Pestalozza, Resinelli e Vicarelli (idem.), quello di Barone (idem.), quello di La Torre (F.lli Bocca).

Di compendi abbiamo: l'O. moderna di Rossi-Doria e il Compendio di G. moderna di Cinaglia (presso l'amministrazione del « Policlinico »), il Manuale di Ostetricia di Cristalli (Napoli, 1916), Casa editr. Sebezia), L'Ostetrico pratico di Cassioli (Roma, 1917, A Armani), la Terapia ostetrica d'urgenza, di Vicarelli, 5ª ediz. (Torino, Utet).

Di traduzioni: Pozzi, Trattato di G. clinica e operativa (Milano, F. Vallardi); Fritsch, Malattie delle donne (Ibidem.); Bumm, Trattato completo di O. (Milano, Soc. Editr. Libr.) III ediz., Küstner, G. (Ibidem.); Labadie-Lagrave e Legueu, Trattato m. ch. di G. (Torino, Utet); Schauta, Trattato completo di O (Ibidem.); Veit, Compendio pratico di terapia ginecologica (Ibidem.).

Di trattati francesi: Faure e Siredey, Traité de G. médico-chirurgicale (O. Doin, 1914); Bar, Brindeau e Chambrelert, La pratique de l'art

des accouchements (Esslin e Hougeau, 1911); Ribemont-Desseignes, Traité d'O. (numerose edizioni); Forgue e Massabau, Traité de G., J.-B. Baillière et fils, 1914); Labadie-Lagrave e Legueu, Traité méd.-chir. de G. (Alcan, 1914, IV ediz.).

P. P.

(1236) All'abb. n. 6386:

Un buon libro di elettroterapia è quello del «Nogier» della Collezione Carnot e Gilbert, edito dalla Casa Baillière.

Come istrumentario può rivolgersi alla Casa Balzarini, Milano, via Carità.

(1237) Al dott. P. C. da P.:

Nel Bard (*Précis des examens de laboratoire*, edit. Masson, 1918, 3ª ediz.) troverà quanto lei desidera di pratico per bacteriologia e chimica clinica.

t. p.

VARIA

Leggende gastronomiche.

«Le Vie d'Italia» danno questo elenco di pasti e di cibi che i Romani avrebbero personalmente consumato, non senza rilevare che si tratta probabilmente di un sogno ad occhi aperti di qualche cronista affamato.

La prima colazione (*jentaculum*), che si prendeva fra le 7 e le 9, consisteva di formaggio, latte, uova, pane cosparso di miele e inzuppato nel vino, olive, datteri, uva e biscotti secondo la stagione; bevanda era vino misto con acqua e miele.

Il pranzo (*coena*) si prendeva verso le 14 e mezzo in estate e le 13 e mezzo nell'inverno. Consisteva di tre parti chiamate: *gustatio* (antipasto), *fecula* o *coena recta* (pranzo) e *mensa secunda* (dessert).

Antipasto: ostriche, lumache, ricci di mare, animelle, aragoste, uova, insalata, legumi in salsa piccante, asparagi e polli. Spesso l'antipasto arrivava fino a 15 portate e ci voleva certo uno stomaco di ferro per digerirle. Ma gli ospiti nell'età imperiale si recavano più volte a solleticare l'ugola con una penna d'airone e poi... ritornavano a mangiare.

Il pranzo consisteva per lo più di tre portate:

1° Fagiani, quaglie, tordi, galline, regine, beccacce, capponi, galline faraone, fegati e petti d'oca, piselli, cavoli e tartufi.

2° Pasticci di pollo, lingue e cervelli di airone e di fenicotteri, piccioni selvatici, gamberi, pesci, agnello, selvaggina ed insalate diverse.

3° Cinghiale, porcellini da latte arrosto conditi in salsa, prosciutto gallico, coniglio, ghiri, topi ingrassati, mammelle di scrofa, salsicce d'ogni sorta e di nuovo insalata.

Dessert: frutta fresche e cotte, biscotti, torte di miele, di crema ed altri dolciumi, piatti artistici di parata, vini e liquori.

La cena (*vesperna*) si prendeva a sera tarda e si componeva di cibi caldi e freddi, spesso di avanzi (*reliquiae*) del pranzo. Vi si aggiungevano crostacei, pesci, salsicce, uova e legumi. Si beveva vino (*mulsum*) ed un'altra bibita inebbriante detta *calda*. La cena durava fino a notte inoltrata; anzi Plinio il giovane ci fa sapere che un suo zio soleva alzarsi da cena allo spuntar del giorno... seguente.

Un termometro nell'intestino.

Un uomo di sessanta anni, tubercolotico e colpito da grave influenza, di cui Ed. Schwartz riferì la storia alla *Société de Chirurgie* di Parigi (seduta del 14 maggio 1919), era curato in un servizio di medicina all'Ospedale Cochin. Se ne doveva prendere la temperatura rettale; ma, all'atto di estrarre il termometro, non lo si ritrovò più.

Schwartz, presso il quale il paziente venne portato, eseguì una dilatazione anale e praticò varie manovre, ma senza alcun risultato.

Una radiografia mostrò che il termometro era in vicinanza del sigma. Laparotomia, piccolo occhiello all'intestino, ablazione del termometro.

Disgraziatamente il malato soccombette all'influenza: l'autopsia mostrò che la sutura intestinale aveva resistito bene e che non v'era traccia di peritonite.

Per evitare gli accidenti del genere occorrerebbe innestare il termometro in un tappo.

Nella discussione, Baudet ebbe a rilevare che in un caso analogo egli potè estrarre il termometro direttamente dopo una dilatazione anale.

Ciò che lo sorprende, è che questo fatto non si produca con maggiore frequenza.

R. B.

Per finire.

— Questo latte è pastorizzato? — chiedeva la giovane madre alla nuova ricca di cui era ospite.

— Certo! Da noi tutto il latte è prodotto dai pastori.

(Chicago Herald).

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Nella Croce Rossa.

Da qualche mese si va dibattendo fra la Lega degli ufficiali medici della C. R. I. e la Presidenza dell'istituto stesso una discussione molto vivace, che talvolta ha degenerato in una polemica astiosa.

Gli ufficiali della C. R. I. inaspriti per il pessimo trattamento, di che la maggioranza di essi fu gratificata durante la guerra, si sono riuniti in Lega assumendo un atteggiamento di sospetto verso la nuova Presidenza, alla quale era riservato lo sgradevole quanto difficile compito di riparare ai mali fatti, di organizzare ciò che era disorganizzato.

Che l'opera svolta in tal senso non fosse agevole e non potesse soddisfare tutti è facile comprendere; e che i più inclini e più aggressivi nella critica fossero coloro che dalla passata amministrazione furono i più tormentati e cosa che si comprende ancora più facilmente. L'esperienza del male rende diffidenti e sospettosi.

Per fortuna, se si trascurano quelli che hanno quasi esclusivamente un movente polemico, i punti controversi sono pochi (si possono ridurre a due) e tali che permettono una soluzione con soddisfazione dei richiedenti senza danno per la istituzione.

In sostanza la materia della discussione si riduce al negato diritto di voto agli ufficiali ed alla possibilità di militarizzare il personale anche in tempo di pace.

I medici bene hanno fatto a reclamare il diritto di voto per la elezione delle cariche dell'Associazione della quale sono il nerbo e di protestare contro una disposizione assolutamente anacronistica. Quando i medici condotti, che pure godono dell'elettorato amministrativo, chiedono a ragione di essere eleggibili nei consessi comunali, è strano che si voglia negare il voto e la possibilità di coprire cariche ai soci di un'associazione, solo perchè questi possano eventualmente trovarsi ad essere stipendiati dall'Amministrazione.

In quanto alla quistione della militarizzazione in tempo di pace crediamo che non sia difficile trovare una formula che rispettando la libertà dei medici della C. R. I. garantisca con la necessaria disciplina la effettuazione dei servizî ai quali oggi provvede la istituzione.

Questioni sanitarie militari.

(II).

Accennammo nel precedente articolo alla formazione, presso il Ministero della Guerra, dietro proposta della Commissione nominata da S. E. il Ministro Bonomi, di un nuovo organo direttivo sanitario, che, col nome di *Direzione Centrale del servizio sanitario militare*, accumulerà le mansioni della Direzione Generale di Sanità Militare e quelle del vecchio Ispettorato di Sanità, facendo cessare il non mai abbastanza deplorato dualismo fra questi due organi, la cui coesistenza era del resto poco comprensibile.

Un Direttore capo, col grado di Maggiore Generale medico, sarà preposto al nuovo organo, con dipendenza diretta dal Ministro e con delega di firma simile a quella che possiedono gli altri Direttori Generali del Ministero della Guerra, delega che, come è noto, non aveva l'antico Ispettorato, il quale poteva soltanto emettere dei pareri, ma non poteva dare ordini in nome del Ministro.

A nessuno può sfuggire l'importanza, per il buon andamento ed il retto collegamento dei servizi sanitarii, dell'aver ottenuto che la prerogativa di dare ordini in nome del Ministro, che la Sanità Militare aveva assunta in via soltanto provvisoria durante la guerra, ma che le veniva continuamente contestata, sia ora affermata in modo indefettibile, insieme con la formazione del nuovo organo centrale direttivo.

Viene infatti così assicurata una volta per sempre quell'unità di indirizzo e quella disciplina di opere che prima, in fatto di servizio sanitario, si *perdeva per li rami* di uffici del Ministero della Guerra non tecnici, più o meno incompetenti, e quasi sempre irresponsabili.

Si intende che a far parte della Direzione Centrale verrà chiamato anche un Collegio Medico superiore, formato tanto di ufficiali medici, quanto di medici non militari di alta competenza scientifica, una specie di consesso sanitario, che assumerà le mansioni di Collegio Medico superiore, previste dalla legge, e finora assolte dal vecchio Ispettorato di Sanità Militare.

A speciali Commissioni poi, composte di medici militari, di medici della Direzione Generale di Sanità Pubblica, di professori universitari, ecc., secondo i casi, verrà, volta per volta, affidato lo studio delle varie questioni essenzialmente tecniche che possono prospet-

tarsi, compreso anche l'apprezzamento dei titoli scientifici degli aspiranti ad entrare nel Corpo Sanitario Militare, e l'idoneità o meno alle promozioni dei medici militari.

Altre *Commissioni*, nelle quali entreranno, oltre i suddetti elementi tecnici sanitari, anche elementi militari, amministrativi e logistici di altre Direzioni Generali del Ministero della Guerra, studieranno infine le questioni che interessano la vita igienica del soldato, la sua alimentazione, il suo equipaggiamento, ecc.

La semplicità e la razionalità di tali riforme rende meravigliati e pensosi circa le ragioni per le quali nulla di simile sia mai stato fatto prima, e quali oscuri pregiudizi di casta, quali ridicoli esclusivismi di Corpo ne abbiano impedito l'attuazione finora.

Restano, nel nuovo ordinamento, immutate le Direzioni di sanità territoriali, organi direttivi periferici, ma che vengono resi più tecnici dall'aggiunta di un ufficiale medico specialmente competente per la vigilanza igienica del Corpo di armata.

Nessuna notevole modificazione viene apportata all'ordinamento degli ospedali militari territoriali. Rimarranno gli ospedali militari esistenti, due per Corpo d'Armata, e precisamente uno per Divisione. Però il loro funzionamento verrà reso sempre più tecnico e perfezionato con l'aprirli alle eventuali consulenze di specialisti civili e col dotarli, laddove ne difettino, di buoni laboratorii diretti da personale specializzato.

Un radicale mutamento si avrà invece per ciò che concerne il personale di assistenza immediata.

Sono a tutti noti infatti i gravi inconvenienti che fino ad ora si deploravano, in fatto di assistenza agli infermi negli ospedali militari, per l'assoluta mancanza di un corpo di *veri* infermieri.

Le così dette *compagnie di sanità* erano e sono tuttora formate di elementi che, per la maggior parte, ignorano completamente che cosa sia un malato e che cosa si debba fare per assisterlo.

Si tratta per lo più di sacerdoti, meglio adatti, per natura, alle contemplazioni spirituali che alla vita pratica al letto dell'infermo, ed in parte di studenti di medicina e di farmacia, dotti forse in anatomia o in chimica, ma niente affatto preparati alle umili, ma pur tanto necessarie ed utili funzioni dell'infermiere. Del resto a questi elementi, che pur bisogna considerare scelti perchè dotati almeno di una certa istruzione, si aggiungono, per la necessità del servizio, una quantità di soldati rozzi e ignoranti, la più parte analfabeti, che col nome di *aggregati* vengono a completare e molte volte a formare il nerbo del personale di assistenza.

Come costoro pervengano ad esercitare le delicate mansioni dell'infermiere si sa: ogni reggimento deve comandarne un certo numero e si capisce bene che sono i soldati più goffi, più pigri e più disadatti che i Comandi reggimentali destinano a far da *pappini*.

Sono infatti quelli che danno più disturbo che vantaggio, sono coloro che farebbero con la loro goffagine far cattiva figura alla compagnia o allo squadrone in piazza d'armi, sono degli analfabeti che non si possono neppure mettere di piantone.

Questo eteroclito stuolo di disadatti, e spesso di svogliati, affluisce all'ospedale militare, ove, in un ambiente più libero, termina per perdere anche quel po' di verniciatura di ordinatezza e di pulizia che anche i più refrattarii ricevono dalla stretta disciplina della caserma; è ad essi che vien confidata la missione delicata di assistere gli infermi!

Essi debbono preparare le sale operatorie, sterilizzare i ferri chirurgici, assistere e coadiuvare i sanitari nelle medicazioni, maneggiare i mille strumenti delicati e fragilissimi con i quali si esercita l'arte sanitaria!

Essi devono completare le osservazioni dei medici, prender le temperature, annotare le ricette, i diarii clinici, praticare le iniezioni, ecc.!

Si immagini di quale aiuto costoro possano essere ai sanitarii, e di quanto sollievo ai sofferenti!...

È bensì vero che per essi è disposto dai regolamenti, sempre accomodanti, un congruo corso di istruzione tecnica da parte di un ufficiale medico espressamente comandato ed è a tale proposito che si racconta il vecchio aneddoto del *pappino* che, ripetendo la lezione imparata a memoria, recitava: *il corpo umano si compone di tre parti: testa, trono e infermità.*

Del resto, anche quando, dopo lunghi e lunghi mesi di istruzione e di spolmonamenti, qualche elemento più adatto e più intelligente riesce ad apprendere qualche cosa ed a mettersi in grado di compiere meno male le proprie mansioni di infermiere, sopraggiunge ben presto il congedamento e... il povero medico istruttore deve ricominciare da capo.

Molto opportunamente quindi la Commissione ha proposto che un terzo almeno (ed a noi sembra sarebbe meglio ancora la metà) dell'organico del personale di assistenza immediata sia composto *di infermieri militari di carriera* appositamente arruolati per tale ufficio ed istruiti

in speciali scuole. Oltre agli infermieri di professione, dovranno anche essere assunti in servizio militare degli esperti disinfettori.

Speriamo che i soliti *lungi-miranti* economisti non si inalberino davanti alla spesa... *improduttiva* che porterà la costituzione in questo nuovo corpo militare.

Speriamo almeno che, prima di inalberarsi, da quegli esperti matematici che essi sono, vorranno fare il conto dei danni, dei dispendii, degli sperperi e dei guasti che apportano all'erario gli attuali così detti infermieri delle compagnie di sanità.

S. Y. D. I.

DIBATTITI PROFESSIONALI.

In tema di assicurazione-malattie.

S'intensificano i dibattiti sull'assicurazione statale contro le malattie; le proposte e i programmi si avvicendano, interferiscono, si elidono; intanto il ministro del lavoro ha concretato e presentato un nuovo progetto di legge (che finora conosciamo molto imperfettamente).

In questa attività battagliera e operosa, se non sempre feconda, anche le concezioni da noi modestamente espresse nel «Policlinico» intorno alle assicurazioni-malattie sono state sottoposte all'urto della discussione e al vaglio della critica. Esse hanno incontrato consensi benevoli e aspri dissensi. Mi sia consentito di lumeggiarne e precisarne alcuni elementi, allo scopo di correggere errori e diradare equivoci ai quali, con mia sorpresa, hanno dato origine.

Riferimenti all'Estero.

Il dott. Cingolani (*Il Med. Ital.*, 26 sett. 1920) solleva una pregiudiziale contro i riferimenti — da me fatti in larga misura — alle altre Nazioni.

Egli ripete ancora la vieta leggenda (non so come sorta e accreditatasi) che le altre Nazioni non possono vantare nulla di paragonabile alla condotta medica. E ne trae l'illazione che hanno dovuto provvedere all'assistenza sanitaria domiciliare per mezzo dell'assicurazione, unicamente come succedaneo della condotta medica.

Secondo Cingolani, dal momento che noi abbiamo di meglio, i richiami all'Estero non hanno alcun costrutto ed egli crede di poterli invalidare e condannare senza discriminanti... «Non facciamo ulteriore strazio della logica — così il Cingolani amabilmente si esprime — col riferirci agli altri Paesi... Dove manca il pane si mangia la polenta... ».

***

Per provare l'infondatezza e l'inconsistenza di questo assunto, non sarà inopportuno qualche altro richiamo.

Se perfino la Grecia e Roma possedettero i medici pubblici, stipendiati per la cura della gran massa della popolazione povera, è concepibile che la tradizione ne sia andata perduta ovunque, meno che in Italia? Si tratta della forma più primitiva di assistenza sanitaria gratuita: è troppo naturale che sia stata adottata quasi dovunque.

Diamone qualche prova.

In Francia la «circoscrizione medica» o «cantone medico» equivale alla condotta. Naturalmente sussistono alcune differenze: per esempio, il medico cantonale ha l'obbligo di assistere soltanto i poveri, onde il nome di «medico dei poveri»: ma è da notare che anche in Italia si aspira da tempo a raggiungere questa limitazione, sopprimendo le condotte piene: ed ormai si è sulla buona via. D'altra parte il medico dei poveri può essere compensato sia a stipendio, sia a capitazione (abbonamento), sia a visite: il pagamento a visite è molto diffuso, ma è da avvertire che oggi si chiede a gran voce anche in Italia questa forma di retribuzione per i futuri medici delle assicurazioni, considerandola come un progresso.

L'assistenza sanitaria cantonale, di cui ci occupiamo, va ormai cadendo in dissuetudine in Francia: ma ciò accade unicamente perchè, con grande soddisfazione del pubblico e dei medici, vi subentra la libera scelta, nota sotto il nome di *metodo vosgiano* o *landese* (consentita dall'art. 3 del «Réglement modèle pour l'assistance médicale gratuite»); cosicchè la figura del medico dei poveri, corrispondente al nostro medico condotto, è ormai sorpassata: in moltissimi dipartimenti e comuni isolati autorizzati, qualsiasi medico può assumere la cura dei poveri, accettando la tariffa *ad hoc*.

Il numero degli assistiti è relativamente esiguo in Francia: basti dire cche gl'inscritti nelle «liste d'assistenza» le quali corrispondono ai nostri elenchi dei poveri, raggiungevano qualche anno addietro il 3.8 % appena della popolazione (la percentuale si modificherebbe di poco aggiungendovi i casi urgenti e quelli trasmessi ai medici pel tramite dei sindaci): ma è da considerare che anche in Italia viene auspicata da un tempo una riduzione al minimo degli aventi diritto all'assistenza sanitaria su base elemosiniera; che la Francia è una nazione ricca, epperò vi sono effettivamente pochi i bisognosi della gratuità delle cure; infine, che l'assistenza gratuita vi è spesso integrata dalla così detta *semi-assistenza* e dall'assistenza parziale, per i cittadini che non possono considerarsi nè come indigenti nè come abbienti (essi pagano al medico metà tariffa oppure ricevono l'assistenza medica, ma non quella farmaceutica).

L'assistenza sanitaria, così organizzata dai Comuni col concorso di altri Enti, non ha distolto il Governo francese dal provvedere, di recente, a sovvenire le mutue, le quali accudiscono in larga misura alla popolazione economicamente debole, cui porgono l'assistenza economica e quella sanitaria: queste *mutue sussidiate* costituiscono — come abbiamo già visto — un prudente ma deciso avviamento all'assicurazione statale obbligatoria contro le malattie.

Non solo, ma è ora in discussione innanzi al Parlamento francese il progetto di legge Lairolle per passare alla forma obbligatoria di assicurazione.

In Germania troviamo i «distretti medici», i quali possono ricondursi *grosso modo* alle nostre condotte. E ritroviamo i «medici dei poveri» che corrispondono ai nostri medici condotti.

Naturalmente anche in Germania non difettano le differenze, tra cui il còmpito assegnato ai commissari distrettuali e in genere ai magistrati di città nel riconoscere il diritto all'assistenza sanitaria gratuita di volta in volta che ne è fatta richiesta. Nell'insieme però l'assistenza medica in Germania è venuta organizzandosi e differenziandosi in modo analogo a quanto abbiamo già visto per la Francia, compresa la libera scelta, auspice la città di Strasburgo: anzi la Germania ha quasi sempre precorso e sopravanzato la sua rivale, nell'obbligatorietà dell'assistenza gratuita, nel largo sviluppo impresso all'ospedalizzazione e, da un trentennio, instaurando le assicurazioni statali, di cui ci fornì il primissimo e audace esempio sebbene i Municipi provedessero già in larga misura all'assistenza sanitaria gratuita sul tipo della condotta od a libera scelta.

Le assicurazioni statali sono venute riducendo a gradi ed infine hanno quasi annullato, in Germania, l'assistenza sanitaria gratuita, ma solo perchè questa oggi ha un'importanza trascurabile e si è resa quasi inutile.

Naturalmente neppure l'Inghilterra ha atteso il regime assicurativo statale per provvedere di assistenza sanitaria chi non era in grado di fornirsela; salvo che, in ragione della straordinaria ricchezza di mezzi, nonchè della mancanza di pregiudizi contro gli ospedali, l'assistenza fornita vi ha assunto prevalentemente carattere ospedaliero; d'altra parte la copia stessa delle provvidenze attuate ha reso il regime dell'assistenza sanitaria gratuita alquanto caotico, ricco di duplicati e dispendioso.

Già prima delle assicurazioni non v'erano malattie conclamate che rimanessero prive di assistenza, grazie alle molteplici e quasi infinite iniziative della beneficenza privata ed a tutta una serie d'istituzioni pubbliche. Tra queste coprono le funzioni delle nostre condotte gli uffici distrettuali di sanità, che, mentre adempiono compiti prevalentemente profilattici, attendono però anche all'assistenza sanitaria gratuita dei non abbienti, così negli ospedali municipali (in numero di circa un migliaio), come, in minor grado, a domicilio, per lo più del tutto gratuitamente. — Al tempo stesso gli uffici dei tutori dei poveri forniscono ai più indigenti un'assistenza sanitaria delle più complete, a domicilio ed in ospedali e infermerie speciali, che nulla hanno da invidiare ad altre istituzioni del genere. Ancora: le autorità scolastiche locali provvedono, tra l'altro, al ricovero ed alla cura degli scolari malati privi di risorse in speciali «cliniche scolastiche», per malattie oculari, cutanee, dentarie, ecc. Aggiungiamo che le autorità sanitarie centrali fondano e mantengono sanatori e ospizi per tubercolotici; che lo Stato sovvenziona ospedali e altre istituzioni del genere (sul fondo degli ospedali); che molti laboratori pubblici d'igiene forniscono gratuitamente le analisi ai privati su richiesta di un medico, ecc., ecc.

Tutto questo, a non considerare le numerosissime mutue libere, che provvedevano già validamente all'assistenza sanitaria ed economica dei loro soci: lo Stato non ha dovuto fare quasi altro che «riconoscerle» per passare all'assistenza obbligatoria contro le malattie. La quale, infine, ha reso ancora più agevole e più completa l'assistenza sanitaria ed ha fatto triplicare, di colpo, gl'introti della classe medica.

La tendenza generale in Inghilterra è stata verso la molteplicità e l'efficienza dei servizi sanitari gratuiti e verso il predominio della medicina preventiva su quella curativa.

Credo che bastino gli esempi addotti per provare che le affermazioni del Cingolani non hanno neppur l'ombra del fondamento.

Anche in altre Nazioni troveremmo condizioni analoghe. La sola Spagna, tra i paesi a civiltà progredita, gareggia con noi nella forma condottata dell'assistenza sanitaria (i suoi «médicos de partido» non sono che medici condotti), ma ne conosciamo i magri benefizi.

Quasi dappertutto, altrove, l'assistenza sanitaria ha progredito rapidamente: pur non avendo tradizioni secolari, è divenuta incomparabilmente migliore di quella di cui disponiamo in Italia, ove siamo rimasti immobili nella vetusta condotta col risultato di scontentare non solo i medici, ma anche gli assistiti e di offrire un'assistenza manchevolissima: è quasi fastidioso di dover insistere su questo luogo comune.

Volendo usare la fraseologia verista del Cingolani, siamo noi che continuiamo a consumare la polenta....

Ma se anche la superiorità della nostra organizzazione sanitaria fosse manifesta, dovremmo stimare utile, anzi doveroso, di non perdere di vista le altre nazioni a regime assicurativo, dalle quali possiamo trarre insegnamenti ed esempi.

Non vedo perchè dovremmo distoglierne lo sguardo!

Il contributo governativo e la posizione dei medici.

Il Cingolani incorre anche in sviste minori. Per esempio, se il contributo governativo alle assicurazioni-malattie fosse di 100 milioni, come io calcolo a semplice titolo di orientamento (mirando a non aggravare il bilancio dello Stato, già esausto), e non già di 270, quanti ne computava Martinelli, la quota-parte da assegnare ai medici per ogni famiglia assistita verrebbe a ridursi, secondo Cingolani, da lire 20 a lire 6, ed egli ne deduceva che i medici andrebbero «a nozze coi fichi secchi» (*Il Med. Ital.*, 14 sett. 1919).

Quasi che i contributi dei datori di lavoro e degli assistiti dovessero ridursi in proporzione o non potessero aumentare!

Condizione indispensabile per il buon successo delle assicurazioni, è di creare, per i medici, una posizione eccellente, così morale come economica;

senza di che sarebbe preferibile di rinunziare alla riforma.

Se i medici fossero malcontenti od ostili, se dovessero andare «a nozze coi fichi secchi», l'assicurazione non potrebbe neppure funzionare.

Ma la retribuzione ai medici non deve essere corrisposta unicamente dallo Stato, al quale si può chiedere tutt'al più che vi contribuisca in misura modesta. Il Cingolani lo sapeva; ma, forse per amore di polemica, ragionava facendo astrazione dagli altri contributi.

È facile a chiunque di cadere in errori; ma un po' di cautela e di avvedutezza basterebbe ad evitarne di così palesi, i quali rincrescono tanto più in una persona dalle benemerenze e dalla solerte attività del Cingolani.

Prestazioni sanitarie e sovvenzioni economiche.

Avevo esposto il principio che sarebbe utile di dare il massimo incremento alle prestazioni sanitarie, riducendo invece le sovvenzioni economiche.

La ragione mi sembrava di una intuitiva ed elementare evidenza: il denaro costituisce un troppo forte incentivo e allettamento alle frodi, le quali ci si prospettano come uno dei più temibili pericoli della riforma che si prepara: preoccupano a giusto titolo *Pangloss*, Pisenti e tanti altri.

Non solo, ma non si ha nessuna garenzia che il denaro verrebbe impiegato a procurarsi l'assistenza sanitaria, cui dovrebbe essere in larga misura destinato.

Incomparabilmente più utile sarebbe dunque, dal punto di vista sociale, di fornire direttamente l'assistenza sanitaria; di fornirla completa quanto è possibile: medica, chirurgica, ostetrica, specializzata, farmaceutica, alimentare, infermiera, ecc., così a domicilio come negli istituti di cura; di renderla accessibilissima e quindi frequente e quindi tempestiva, raggiungendo così uno scopo altamente profilattico. Solo a titolo complementare converrebbe di assegnare anche le sovvenzioni, in misura limitata e dopo una certa carenza.

Invece è stato proposto di eliminare del tutto, o quasi, l'assistenza sanitaria dai compiti dell'assicurazione-malattie, per prestare unicamente quella economica!

Si tratta di una soluzione da rigettare risolutamente, per le ragioni dianzi ricordate. Noi stiamo per le due forme di assistenza, sanitaria ed economica; ma vorremmo che la seconda fosse molto ridotta e condizionata; e se una delle due dovesse eliminarsi, siamo convinti che bisognerebbe rinunziare alla seconda, non mai alla prima.

Secondo l'on. Dore, il ministro del lavoro era entrato in un ordine d'idee esattamente contrario ed aveva in preparazione un progetto di legge che escludeva l'assistenza sanitaria (*Rendiconto Convegno Rappresentanze Mediche*, Roma, 1920); ma sembra che in seguito l'on. Labriola abbia cambiato proposito.

Questa soluzione, censurabile sotto tutti i riguardi, viene ogni tanto in discussione anche sulla stampa sanitaria e nei convegni professionali. Per esempio, vi si avvicinava Cingolani, il quale preconizzava di assegnare i soli sussidi-malattia, salvo la *possibilità* di imposizione delle cure ospedaliere (*Il Med. Ital.*, 14 sett. 1919); in seguito egli consegnava un concetto analogo in un Ordine del giorno, in cui proponeva di limitare l'assicurazione ai soli sussidi-malattia ed alla *eventuale* ospedalizzazione (*Rendiconto* citato).

In un articolo di Galletti e Brun, che mi giunge in questo momento e il cui titolo è un grido d'allarme (« *All'erta, medici condotti!* »), pubblicato nel *Med. Ital.* (14 nov. 1920), s'insiste ancora sulla limitazione dell'assicurazione ai soli sussidi-malattia. A parte molte affermazioni gratuite, gli autori dell'articolo cadono nello strano abbaglio di vedere la soluzione da essi patrocinata, nel progetto minimo della Commissione ministeriale! E vorrebbero indire un grandioso *referendum* tra tutti gli Ordini dei medici, le Sezioni dell'A. N. M. C. e le altre organizzazioni sanitarie, affinchè si pronunzino per l'opzione verso il progetto massimo od il minimo, i quali, invece, sotto tale riguardo, non si differenziano affatto.

Ciò prova l'impreparazione con cui vengono spesso affrontati questi problemi.

***

È stata avanzata una proposta meno semplicista di quella ora esaminata; essa potrebbe raccogliere molti suffragi. Consisterebbe nell'affidare all'Istituto assicuratore l'assistenza economica e solo una parte dell'assistenza sanitaria, cioè quella istituzionale (ospedaliera, sanatoriale, ecc)., che verrebbe da esso esercitata regolarmente, non eventualmente, non a titolo accessorio; invece l'assistenza sanitaria a domicilio continuerebbe ad essere affidata ai Comuni, in modo da non toccare la condotta.

La proposta era stata accennata da Nardelli (*Il Med. Ital.*, 31 ag. 1919); è stata poi nettamente precisata da Giglioli (*Rendic.* citato); di recente se n'è fatto zelatore Cingolani (*Il Med. Ital.*, 26 settembre 1920).

Essa è molto più organica e razionale della precedente, sulla quale presenta alcuni vantaggi indiscutibili: ad esempio, permette di procedere per gradi nella riforma, senza compiere salti avventati; inoltre tiene necessariamente separate le funzioni sanitarie fiscali, che spetterebbero ai medici fiduciari dell'Istituto, da quelle curative, che continuerebbero ad essere esercitate dai medici condotti o da medici scelti e pagati dagli assicurati.

Tuttavia anche questa soluzione non è esente da svantaggi, che, secondo noi, dovrebbero indurre a scartarla. Per esempio, essa renderebbe necessari due corpi sanitari, i quali invece potrebbero utilmente fondersi evitando così alcune duplicazioni ingombranti e permettendo una carriera ai medici di zona, col passaggio alle funzioni ispettive e fiscali. Inoltre essa allontanerebbe la preconizzata provincializzazione delle condotte, inerente al passaggio di queste agli Istituti provinciali; quindi i medici condotti non verrebbero affrancati dalla soggezione attuale ai comuni e non

se ne agevolerebbero i cambiamenti di residenza nell'ambito della provincia (a titolo di promozione, ecc.), nè si migliorerebbe il servizio primitivo della condotta. Infine, ed è questo il difetto più grave, si verrebbero a limitare i servizi sanitari resi agli assicurati, dei quali quelli iscritti nello elenco dei poveri continuerebbero a fruire dell'assistenza sanitaria condottata, ma gli altri rimarrebbero allo scoperto: invece converrebbe di agevolare e moltiplicare al massimo grado i servizi sanitari, per accrescerne l'efficienza e per raggiungere la finalità profilattica delle assicurazioni. Naturalmente ai medici dovrebbe corrispondersi un compenso adeguato non solo al maggior lavoro, ma anche alla maggiore responsabilità ed ai nuovi compiti sociali.

Anche se la soluzione, che diremmo *anfibia*, della quale ci occupiamo, dovesse accogliersi a titolo provvisorio, essa si stabilizzerebbe *more solito*; quanto meno, creerebbe uno stato di fatto che sarebbe poi difficile di modificare senza dover vincere tenaci resistenze passive. Val meglio dunque di procedere subito ad una riforma più radicale ed organica, dopo di averla esaurientemente studiata e ponderata. Importerebbe, tra l'altro, di tenere distinte per quanto è possibile le funzioni ispettive e fiscali da quelle curative: da una tale distinzione deriverebbero inestimabili benefizi, come abbiamo già rilevato appoggiandoci all'esempio dell'Inghilterra (ove il metodo è venuto generalizzandosi). Difatti, si elimina per tal modo o si riduce la così detta *simbiosi* malato-medico, e quindi lo sfruttamento delle casse perpetrato con la compiacente complicità del medico curante; di più non è da trascurare che alla diagnosi dei medici di famiglia o d'ospedale si sovrappone il controllo di altri medici sperimentati, che la confermano ed eventualmente la completano o la correggono senza creare dualismi terapeutici nè intolleranze deontologiche.

Vagliando il pro e il contro, ci sembra dunque di dover mantenere invariata la proposta che l'Istituto assicuratore assuma così l'assistenza economica come l'assistenza sanitaria; quest'ultima dovrebbe includere così la forma istituzionale come quella domiciliare, mantenendo però distinta la funzione curativa da quella ispettiva e fiscale.

Le modalità del compenso ai medici.

Avevo lumeggiato l'utilità della libera scelta integrata dal compenso capitario.

Le mie vedute in questo campo sono antitetiche a quelle sostenute dal Martinelli, il quale vorrebbe invece il fiduciariato e lo vorrebbe con compenso a visite.

Del Martinelli si è fatto portavoce il dott. Toffoletto, il quale in una lunga requisitoria pubblicata nel *Medico Condotto* (10 ottobre 1920) mi denunzia quasi come un nemico della classe medica. Egli non mi dà tregua; ma invece di portare un nuovo contributo di fatti e di considerazioni personali al problema che ci appassiona, non fa che ripetere in forma prolissa e con intemperanze di linguaggio alcune obbiezioni da me già imparzialmente e schiettamente formulate contro la libera scelta e contro il compenso capitario (che io patrocino), e se ne vale per farmene un addebito d'incoerenza.

***

È chiaro che la difficoltà sta nelle cose: non v'è una soluzione perfetta, la quale sfidi tutte le critiche; si tratta dunque di scegliere la meno peggiore.

Sto decisamente contro il fiduciariato, perchè esso significa funzionarismo e burocratizzazione e le prove fatte in tutti i campi sociali, compreso quello sanitario, lo fanno prevedere poco vantaggioso e produttivo. È quanto riconosceva anche Manni (*L'Avv. San.*, 14 ott. 1920).

Credo preferibile invece, di gran lunga, la scelta di un medico di fiducia da parte dell'assicurato, malgrado i difetti che questo metodo comporta, poichè esso induce il medico a rendere la sua opera più efficiente e poichè in tutti i campi sociali il regime della libera concorrenza è ancora il più potente stimolo al lavoro utile; anzi, data la natura umana, ne è una condizione perentoria.

Se vuole attribuirsi qualche peso all'opinione espressa da uno dei più reputati cultori di medicina sociale, lord Bertrand Dawson, attuale presidente del Comitato consultivo di sanità in Inghilterra, ricorderò che egli, trattando dell'assicurazione contro le malattie, rileva che « la forza stimolante dell'emulazione è essenziale nel medico »; aggiunge che il malato non ha solo bisogno di consigli, ma anche di confidenza, la quale emana dalla propria scelta e non da una scelta ufficiale; fa osservare che « in un servizio funzionarizzato la medicina diverrebbe stereotipa: una macchina senz'anima »; dichiara che la libera scelta del medico *è un diritto intangibile*. Significativi sono anche altri apprezzamenti; il dott. De Coquet osserva: « perfino il prevenuto ha diritto di scegliere l'avvocato; perchè il paziente dovrebbe essere privato dello stesso privilegio quando si tratta di scegliere il medico? » e ritiene addirittura *mostruoso* di imporre il medico; Mathieu e Liénard proclamano che la libertà di scelta è l'espressione di un ideale di giustizia e d'eguaglianza e che *non soffre discussioni*; e così via. L'Associazione Medica Britannica fece della libera scelta del medico da parte del paziente uno dei capisaldi del suo programma, per addivenire all'assicurazione statale contro le malattie; invece le nostre organizzazioni sanitarie vorrebbero sconsideratamente rinunziarvi, per una inesplicabile fobia dell'ottimo Martinelli e dei suoi adepti. La superiorità dimostrata dalla libera scelta così nei riguardi dei pazienti come dei medici, ha ora indotto il Comitato consultivo di Sanità in Inghilterra a proporla perfino pei medici degli ospedali; da noi invece i pochi che osano di raccomandarla sono considerati e trattati come dei reprobi!

***

Avevo già insistito obbiettivamente ed esplicitamente sui molteplici svantaggi della libera scelta, i quali pedò dileguano quasi di fronte ai vantaggi.

È ben certo che la scelta del medico fatta dal malato non è sempre felice, poichè anche per i medici, come per altri professionisti, il «saper fare» giova spesso più del sapere; ma il volgo, per un inconscio e mirabile istinto, è non di rado assai miglior giudice che le commissioni esaminatrici; e se qualche volta si lascia fuorviare dal ciarlatanismo, altrettanto e peggio accade ai competenti, abbagliati dalle apparenze e dalla presunzione, quando non siano fatti strumento di favoritismi e d'intrighi.

Avevo prospettato anch'io la difficoltà di conciliare la libera scelta con la limitazione del numero degli assistiti affidatisi a ciascun medico. Ma è evidente che al disopra di un certo limite il medico non potrebbe prestare un'assistenza seria: quindi la limitazione è giustificata e s'impone; d'altra parte, se egli gode di larga fiducia e perciò la sua opera è molto richiesta, egli può associarsi uno o più coadiutori, sotto la propria responsabilità e direzione, come già si pratica in Inghilterra.

La limitazione del numero degli iscritti non toglie che ai medici poco apprezzati resti uno scarso numero di clienti e perciò che si mantenga desta ed attiva la concorrenza; in questi medici meno favoriti s'ingenera il bisogno di correggere la loro condidione d'inferiorità, di elevare il loro prestigio professionale, di perfezionarsi tecnicamente, di accrescere e rafforzare il loro sapere, oltre che valersi delle arti della *réclame*. In altri termini, la classe medica nel suo insieme non perde i benefizi della libera concorrenza.

Quanto alla presunta impossibilità di scelta nelle località con un solo medico, ci soccorre ancora l'esempio dell'Inghilterra, dove si è istituito un fondo cospicuo di chilometraggio per indennizzare i medici che accedono presso malati residenti in località lontane, i quali hanno fatto cadere su di essi la propria scelta (col consenso reciproco, si intende). Per solito l'indennità va sino a 20 Km. incirca (12 miglia); si tiene conto anche delle difficoltà di accesso. Il fondo è stato ora elevato ad una somma equivalente a 30 milioni delle nostre lire correnti. È vero che l'Inghilterra è dotata di un'ottima viabilità, che i medici vi fanno moltissimo uso di autoveicoli, che i compensi vi sono decorosi; noi non possiamo raggiungere nulla di simile, ma possiamo tendervi.

Anche in Francia e altrove si assegnano indennità di distanza ai medici che si recano a visitare clienti lontani dalla loro sede.

Riguardo alla instabilità della clientela e quindi degli introiti in regime di libera scelta, l'inconveniente può essere temperato assegnando uno stipendio-base ai medici di zona, come io avevo per primo proposto (chiedo venia una volta per tutte se metto avanti la mia persona). La Commissione ministeriale ha adottato, appunto, questo compromesso.

È poi straordinario quanto il mio contraddittore assevera sulla abituale mancanza di fattori psichici di guarigione, il che renderebbe la libera scelta superflua. Non mette neppur conto di rilevare questa eresia.

***

Veniamo al compenso a visite.

Mi sono dichiarato recisamente contrario a siffatta modalità di compenso, per più ragioni, ma principalmente perchè esso non risponde agli scopi profilattici cui le assicurazioni dovrebbero costantemente mirare; ciò invece fa il compenso a capitazione (abbonamento).

Se non vado errato, questo rapporto tra modalità del compenso e finalità profilattica delle assicurazioni venne da me illustrato per primo o tra i primi; il dott. Toffoletto me ne muove aspro rimprovero, ma ora trovo che il fatto viene riconosciuto e proclamato da più parti: per es. J. Charles dichiarava ultimamente che il pagamento a visite «non è in nessun senso un metodo preventivo» (*British Med. Journal*, 13 ott. 1920) e sir G. Newman osservava che il pagamento per capitazione presenta «un enorme vantaggio» nel campo della medicina preventiva (*Ibidem*).

Difatti, per quanto disinteressato e altruista possa essere il medico, non è concepibile che egli non si preoccupi delle proprie condizioni economiche. Ne segue che, non solo per scrupolosità, ma anche per interesse, egli è inconsciamente indotto a moltiplicare le visite. D'altra parte però, anche quando egli giudica che la sua attività è necessaria, si trova spesso nell'ingrata situazione di dover temere che la sua premura sia giudicata interessata; e come reazione a questo sospetto umiliante, finisce qualche volta col trascurare l'ammalato. La capitazione elimina siffatti inconvenienti, poichè non induce ad aumentare inutilmente o dannosamente le visite.

Si aggiunga poi che il pagamento a visite è irrazionale, come V. Ascoli ha dimostrato chiaramente da tempo (basti riflettere che la visita di un medico sperimentato può valerne centinaia di uno insufficiente).

Infine, è da considerare che, mentre il compenso a visite può sembrare desiderabile a prima giunta, nella pratica assicurativa è irraggiungibile, poichè porterebbe a vuotare le casse ed a far fallire l'Istituto assicuratore, come l'esperienza insegna; esso realizzerebbe il mito del serpente che divora se stesso... È un'ingenuità credere che possa venire adottato senza limitazioni (quali la quota-parte, la riduzione proporzionale, ecc.), che lo rendono aleatorio come è accaduto a Manchester e a Bredford (le due città inglesi dove ancora sussiste), a Dresda, a Lipsia, a Lione... Non creiamoci delle illusioni in pieno contrasto con la realtà. Non proponiamoci per mèta un'utopia, solo perchè piacerebbe di vederla realizzata.

***

Qualora i medici fossero esenti dalle debolezze della natura umana, il fiduciariato e il pagamento a visite potrebbero forse costituire delle soluzioni ineccepibili, se non proprio ideali; ma per quanto una tradizione multisecolare avvicini i medici agli Dei, essi sono ancora molto prossimi agli uomini, pur troppo...

Non credo, affermando questo, di vulnerare l'amor proprio di classe. Molto più che la stima di cui la famiglia dei medici meritamente gode, non impedisce che essa accolga nel proprio seno alcuni elementi manifestamente disonesti ed incapaci: una laurea, strappata in qualche modo, non basta a far diventare galantuomo e persona d'ingegno chi non lo è.... Conviene evitare che questi elementi inferiori siano tentati di sfruttare e di screditare la classe cui appartengono.

Dov'è in ciò la flagrante contraddizione che il Toffoletto ha creduto di ravvisare nelle mie parole?

Aggiungerò che il mio contraddittore osa proporre alla classe medica l'esempio dei ferrovieri «che — piccola collettività rispetto alla Nazione — hanno saputo ottenere quello che hanno voluto». Citare con plauso il ricatto dei ferrovieri, reso possibile dalla viltà dei governanti, è — mi si passi l'espressione — riprovevole in chi vorrebbe far rifulgere l'idealismo dei medici. Egli dunque non indietreggerebbe dinanzi alla possibilità che anche i medici diventassero semi-parassiti della Nazione? Che non si preoccupassero di provocare il disordine e il danno generale, pur di raggiungere i loro fini di classe? Io ripudio questa mentalità bolscevizzante e sto per i metodi civili di lotta.

Del resto la libera scelta e la capitazione non sono affatto contrarie agli interessi dei medici, ma anzi sono loro assolutamente favorevoli: consentono un elevamento economico e morale della classe, come la pratica ha dimostrato limpidamente in altri Paesi, che io mi ostino a tener presenti. Solo per un preconcetto si può essere indotti ad una critica sistematica, ad un'avversione senza riserve e senza attenuanti.

Naturalmente, perchè la capitazione (abbonamento) realizzi tutti i vantaggi di cui è suscettibile, occorre che la quota pagata ai medici sia tenuta alta; e perchè la libera scelta sia accettabile senza ledere interessi e senza creare ostilità, va integrata e temperata dallo stipendio-base o indennità residenziale assegnata a tutti i medici di zona (in corrispettivo di oneri speciali).

Concludendo, non v'è la menoma ragione di sopprimere il principio della libera scelta temperata, opportunamente introdotto nello schema di legge della Commissione ministeriale ma ancora combattuto tenacemente da Martinelli e seguaci: esso soddisfa tutti gl'interessi. Converrebbe di modificare invece la modalità del pagamento su tariffa (a visite), sostituendovi la forma capitaria, od almeno demandare al regolamento la definizione della divergenza sorta al riguardo; meglio ancora, affidare agli Istituti provinciali il compito di risolvere, di volta in volta, il problema, conformandovi a condizioni contingentali (di tradizione, di ambiente, ecc.).

Mi sono indugiato a lungo nella disamina di questi argomenti, a motivo dell'importanza che essi presentano. Ho fatto astrazione da ogni interesse particolare, poichè dobbiamo inquadrare le aspirazioni particolariste in un'alta e vasta comprensione degli interessi collettivi, tenendo presente che il medico è fatto per i malati e non viceversa. Siccome io non sono un professionista della medicina, ma un semplice studioso, non ho prevenzioni interessate, non ho privilegi da conquistare o da difendere, sto al disopra delle competizioni e mi lusingo di poter essere assolutamente obiettivo ed equanime nel conciliare il prestigio, la moralità e l'interesse della professione medica con la tutela del pubblico.

Del resto ho diritto di pensare e di esporre liberamente il mio pensiero chiaro, preciso, sincero. Se il sig. Toffoletto ha ragione di dissentire, discutiamo pure, anzi lo ringrazio dell'attenzione di cui egli mi onora; ma sdegno il gioco di interpretazioni artificiose e tendenziose in cui egli si compiace e non raccolgo le piccole ingiurie e le malignazioni di dubbio buon gusto di cui egli mi gratifica.

I "centri medici"

Un ultimo punto.

Avevo sostenuto l'utilità di orientare l'assistenza medica verso la forma collaborazionista ed istituzionale.

Questo orientamento è venuto disegnandosi da più parti durante gli ultimi anni; infine si è decisamente affermato in Inghilterra e negli Stati Uniti, con proposte concrete e disegni di legge.

Anche Martinelli a parole è nello stesso ordine d'idee: lo avevo già rilevato ed egli ora lo ricorda in un articolo polemico pubblicato sul *Medico Condotto* (30 settembre 1920).

Se non che, nel tracciare un programma d'azione, egli dimentica il suo tema di sviluppo verbale: difatti Martinelli vorrebbe attuare il sistema fiduciario, allo scopo di eliminare praticamente le competizioni e la concorrenza; ma questo sistema renderebbe indispensabile di ridurre l'estensione delle zone epperò di moltiplicarne il numero, richiamandovi i medici delle città e disperdendoli e isolandoli (Martinelli lo dichiara nettamente), ciò che renderebbe, non dirò impossibile, ma meno facile e meno attiva la collaborazione.

Anche la forma più modesta di accentramento e di coordinazione — quella che corrisponde ai *centri medici primari* nel progetto inglese e che Cruchet chiamerebbe *cliniche rurali* e Rubini *astanterie* — può risultare, non dirò compromessa, ma alquanto pregiudicata dal progetto Martinelli.

Difatti anche per questo primo grado d'istituto a tipo collaborazionista gioverebbe di prescegliere i più importanti tra i piccoli centri, le cittadine, e richiamarvi stabilmente i medici più provetti della regione.

In altri termini converrebbe — a me sembra — determinare dei movimenti accentratori di medici e non già dei movimenti centrifughi. Invece il Martinelli sacrifica questo riordinamento dei servizi sanitari al sistema fiduciario, cui egli tiene sovra ogni altra cosa.

In tal modo i suoi buoni propositi — dettati dal suo spirito straordinariamente penetrante e sagace — rimangono allo stato potenziale o di semplice e vaga astrazione.

* * *

Giova discutere il complesso problema tecnico che ci sta dinanzi, poichè l'improvvisazione e la precipitazione in questo campo sarebbero pericolose.

Sarebbe anche desiderabile di promuovere e avviare la costituzione di molte mutue libere (le quali potrebbero raccogliere, per es., la popolazione semi-abbiente sottratta ora alle condotte piene), così da studiare quasi sperimentalmente l'adozione dei varî sistemi, per valutarne il pro e il contro: esse consentirebbero anche un'utile preparazione all'avvento dell'assicurazione obbbligatoria.

Prima che la legge sia fatta, possiamo prevedere che ci vorrà del tempo ancora: profittiamo di questa sosta per cimentare le proposte, per elaborarle e perfezionarle, senza cedere ad avversioni irriducibili e ad intransigenze ingiustificate; per ottenere più e meglio di quanto si è fatto negli altri Paesi; per tradurre in pratica una larga possibilità di migliorare l'assistenza medica e di elevare la media della salute.

24 novembre 1920.

L. VERNEY.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8554) *Medico consorziale.* — Dott. U. S. da V. — Stando al diritto stretto ed assoluto, con la costituzione del Consorzio, Ella dovrebbe perdere qualsiasi diritto acquisito in uno dei Comuni che lo compongono. E senza alcuna indennità in quanto che il fatto va considerato come caso di forza maggiore determinatosi nel pubblico e generale interesse.

Però la giurisprudenza ha costantemente ammesso, in omaggio ad indiscussi principi di equità, che il sanitario che è divenuto stabile in un Comune conserva integro il suo diritto anche quando il Comune si è riunito con altri in Consorzio. Il principio sancito dalla giurisprudenza trova in pratica larga applicazione e si è a conoscenza che in qualche caso si è interpellato, prima della legale costituzione del Consorzio, il medico titolare stabile per conoscere se era disposto ad assumere il nuovo e più esteso servizio.

(8555) *Indennità caro-viveri.* — Dott. L. F. da A. — La indennità caro-viveri, allorchè si presta servizio presso due o più enti locali si riscuote una sola volta *pro-rata*, pagabile da ciascun ente, in proporzione del compenso che per proprio conto corrisponde al sanitario.

(8557) *Compenso per campagna antimalarica.* — Dott. F. D. da C. M. — Per chiedere un compenso per la campagna antimalarica occorre rivolgersi al Ministero dell'Interno. Ordinariamente la Giunta comunale formula un rendiconto delle spese straordinariamente sostenute per combattere l'infezione e lo invia al predetto Ministero, il quale, esaminatolo, accorda un sussidio al Comune dai fondi della vendita del chinino di Stato. Il Comune, a sua volta, col danaro che riceve dal Ministero compensa i sanitari che meglio si sono distinti nella lotta.

(8558) *Concorsi - Preferenze per coloro che sono stati sotto le armi.* — Dott. M. S. da S. P. T. — Il decreto che stabilisce nei concorsi al posto di medico condotto, a parità di condizione, preferenza a chi ha ottenuto ricompense al valor militare, a chi ha prestato per più lungo tempo servizio nel R. Esercito come combattente in zona di guerra, a chi abbia prestato per maggior tempo lodevole servizio presso pubbliche amministrazioni, è del 18 settembre 1919, n. 1825.

(8560) *Interinato - Stipendio.* — Dott. P. A. da R. — Per la condotta interinale, che esercita contemporaneamente a quella di cui è titolare, può pretendere lo assegno, che a seguito della adozione del capitolato modello per la condotta residenziale, sarà stanziato in bilancio con effetto retroattivo dal 1° gennaio 1920, dovendosi far carico alla amministrazione se non ha curato di bandire apposito concorso.

(8561) *Pensioni.* — Dott. G. L. da S. — Per conoscere quale pensione potrà spettarle dal Comune occorre che dica quali regolamenti sono ivi in vigore per la concessione della pensione e ne mandi una copia. Deve pur dire se si è inscritto, come per dovere, alla Cassa di Previdenza dei medici condotti. Se l'endocardite da cui è affetto è, come Ella dice, congenita sarà difficile sostenere che fu contratta o si rese più grave durante l'esercizio della condotta.

(8562) *Concorso - Nomina fatta dal Commissario prefettizio.* — Dott. V. M. da R. I. — Se la nomina del medico condotto fu fatta dal Commissario prefettizio ed il relativo atto fu ratificato dal Prefetto, non occorre alcuna ratifica da parte del Consiglio Comunale. L'azione del Commissario prefettizio in fatto di nomine di impiegati non è vincolata dalla condizione della urgenza, perchè egli esplica funzione prefettizia nello interesse di assicurare il regolare andamento dei pubblici servizi. La mancata ratifica non potrebbe valere come annullamento da rendere possibile la nomina dell'altro concorrente classificato con minor numero di voti.

(8563) *Esami di laurea all'estero.* — Dott. P. C. da G. — Per avere notizie dettagliate e precise su quello che occorre fare per ottenere la laurea in medicina e chirurgia presso una delle Università di Parigi, sarebbe bene rivolgersi al Segretario capo della Facoltà di medicina di quella città.

Doctor JUSTITIA.

CONCORSI.

BAGNO DI ROMAGNA (*Firenze*). — Al 31 dic. tre condotte pei poveri: una nel capoluogo, a lire 10,000 lorde; due in frazioni, a L. 6000 lorde; L. 1200 caro-viveri e L. 2000 cavalcat. per le tre condotte; quattro quinquenni del decimo; servizio ospedaliero per la prima condotta.

Servizio entro un mese.

BASCHI (*Perugia*). — Il tempo utile per la presentazione dei documenti per prender parte al concorso delle condotte mediche è prorogato a tutto il 31 dicembre 1920. È stata sdoppiata la condotta di Civitella dei Pazzi, e il Comune rimane quindi definitivamente ripartito nelle seguenti 4 condotte: 1ª Baschi capoluogo con tutti gli appodiati campestri con residenza del medico in Baschi; 2ª Montecchio e Tenaglie con residenza a Montecchio; 3ª Civitella, con residenza a Civitella; 4ª Acqualoreto, Morre, Morruzze, Colleiungo e Melezzole con residenza a Morre.

CANEVA (*Udine*). — Condotto per i poveri del primo reparto: L. 6000 con tre quinquenni del decimo, oltre l'indennità c. v.; L. 2000 per mezzo di trasporto (se con bicicletta L. 1000); L. 1000 quale uff. san. e L. 700 per indennità alloggio. Scadenza 13 dicembre.

CHIOGGIA (*Venezia*). — Condotta S. Anna e Cavanella: L. 7500 e caro viveri; aumenti; indennità mezzo di trasporto e di malaria; cura soli poveri. Scad. 17 dic.

DIANO D'ALBA (*Cuneo*). — Condotta consorzio Diano d'Alba-Montelupo-Albese-Rodello: lorde lire 4200, oltre L. 700 quale uff. san., L. 1000 per la cavalc., caro-viveri, quattro quinquenni del decimo. Scad. 20 dic.

FRATTA TODINA (*Perugia*). — Condotta; L. 6000 per 1000 aventi diritto, caro-viveri, L. 600 per mezzi trasp., tre quinquenni del decimo, L. 200 (*sic*) per uff. san. Abit. 2000 circa. Posizione: tre quarti in pianura e un quarto in collina. Scad. 15 dic.

MILANO. — *Istituti ospitalieri.* (*Policlinico scolastico e Ambulatori del Comune*). — Concorso pubblico per titoli a dirigente e vice-dirigente dell'Ambulatorio Comunale Odontoiatrico, e a dirigente del Gabinetto di Radiologia annesso agli Ambulatori comunali per i bambini delle scuole e per i poveri del Comune, gestiti dal Consiglio ospitaliero. Emolumento: i dirigenti L. 2500 annue ed il vice-dirigente L. 2000 annue, con obbligo di non meno di due ore di servizio giornaliero, escluse le domeniche, e con diritto a trenta giorni di vacanza annuale. La nomina è fatta dal Consiglio degli Istituti Ospitalieri, a nome e per conto del Comune, su proposta di apposita Commissione tecnica presieduta dal Medico Direttore, ed avrà la durata, trascorso l'anno di prova, di un quinquennio per il dirigente, e d'un triennio per il vice-dirigente, salvo riconferme successive da parte del Consiglio, su proposta della Direzione Medica, per un periodo non superiore a tre quinquenni per il dirigente e a tre trienni per il vice-dirigente. Il nominato non acquista stabilità nè alcun diritto a pensione. Domande e documenti non più tardi delle ore 16 del 30 dicembre all'Ufficio di Protocollo degli Istituti Ospitalieri in via Ospedale, 5. Il nominato dovrà assumere servizio non oltre i 15 giorni dalla nomina. Per copia dell'annunzio e per ulteriori informazioni gli aspiranti potranno rivolgersi alla Direzione degli Istituti Ospitalieri.

MONDAVIO (*Pesaro*). — Condotta per la totalità degli abitanti; lorde L. 8000; caro-viveri; per cavalcatura L. 1800; per uff. san. L. 400; per servizio carceri mandamentali L. 200; tre sessenni di L. 600 ciascuno. Probabile trasformazione in condotta residenziale. Scad. 15 dic.

QUISTELLO (*Mantova*). — Condotta e direzione dell'Ospedale; L. 7500 con 4 quadrienni del decimo; indennità c. v. Scad. 15 dic.

REVIGLIASCO TORINESE (*Torino*). — Condotta ed uff. san.; L. 4500 oltre le indennità legali. Scadenza 15 dicembre.

SAN VITO AL TAGLIAMENTO (*Udine*). — Terza condotta; L. 6000 oltre caro-viveri. Indennità cavallo L. 2000, bicicletta L. 600. Scad. 15 dic.

TERNI (*Perugia*). — Due condotte rurali; lire 6000. Scad. 15 dic.

TRAPANI. — Concorso per titoli ed esami a due condotte rurali (IV Sezione Locogrande e V Sezione Fulgatore); L. 5000 lorde per i primi 1000 poveri e addizionale di L. 3 per ciascuno del maggior numero; cinque quinquenni, caro-viveri, indennità cavalcatura in L. 1500. Termine utile presentazione domanda e documenti Sindaco 31 dicembre. Per chiarimenti rivolgersi Segreteria comunale.

VENEZIA. — *Spedale Civile.* — Aiuto nella 1ª Divisione chirurgica composta delle sezioni di Chirurgia Infantile e di Ortopedia; L. 4800 lorde; titoli ed esami. La nomina è di spettanza del Consiglio d'amministrazione, che procederà alla scelta fra i dichiarati idonei. Scad. ore 17 del 16 dicembre. Chiedere condizioni alla Segreteria del Consiglio.

Diffide.

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici della provincia di Palermo diffida gli inscritti nell'albo a non assumere il servizio sanitario nella Lega di resistenza fra gli operai costruttori di casse da agrumi « Cristoforo Colombo » avente sede nel corso Scinà, perchè, avendo l'ufficio di presidenza dell'Ordine chiesto che fosse aumentato l'emolumento fino allora assegnato al Medico del Sodalizio, il Consiglio Direttivo della detta Associazione deliberava il licenziamento del Sanitario.

Concorsi a premio.

FILADELFIA. *Collegio dei medici.* — Concorso Alvarenga per il 1921, su qualsiasi argomento di medicina; premio di doll. 250. Dattiloscritti in inglese o accompagnati da una traduzione inglese, non oltre il 1° maggio 1921, all'indirizzo: John H. Girvin, secretary of the College of Physicians, 19, South 22d Street, Philadelphia Pa (S. U. d'A.).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

ORDINE DELLA CORONA D'ITALIA.

Commendatore: prof. dott. Moscati Giuseppe, Napoli.

Cavalieri: dott. Cassata Letterio, Messina; dottor Motta Caliri Paolo, Barcellona (Messina); prof. dott. Bertolini Marcello, Prasomaso (Sondrio).

UFFICIALI MEDICI COMANDATI A CLINICHE UNIVERSITARIE.

Il *Bollettino Militare* reca che la Commissione mista, nominata per l'esame dei titoli degli ufficiali medici concorrenti all'ammissione nelle Cliniche universitarie chirurgiche e neupsichiatriche ed ai corsi di ortopedia, ha riconosciuti idonei i seguenti maggiori medici, senza stabilire graduatoria di meriti:

Piccini, ospedale militare Venezia, comandato clinica chirurgica Università Roma;

Monaco, ospedale militare Napoli, comandato clinica chirurgica Università Palermo;

Signorini, ospedale militare Palermo, comandato clinica chirurgica Università Palermo;

Casella, 61° fanteria, comandato clinica chirurgica Università Modena;

Oggero, ospedale militare Torino, comandato clinica chirurgica Università Torino;

Cameriano, infermeria presidiaria Bolzano, comandato Università Genova;

Maffi, scuola allievi sottufficiali carabinieri, comandato R. Istituto Parma;

Giarusso, ospedale militare Palermo, comandato clinica malattie nervose R. Università Catania.

Orteri, 29° fanteria, comandato Istituto ortopedico Rizzoli, Bologna.

La Commissione ha riconosciuti idonei anche i seguenti capitani medici:

Roverio, 23° fanteria, comandato clinica chirurgica Università Pavia;

Ciotoli, 1° granatieri, comandato clinica chirurgica Università Roma;

Musto, 73° fanteria, comandato clinica chirurgica Università Bologna;

Ferraro, 32° fanteria, comandato clinica malattie nervose e mentali Università Sassari;

Felsani, 39° fanteria, comandato clinica malattie nervose e mentali Università Napoli.

ERRATUM.

Nel resoconto del Congresso di Medicina Interna (fasc. 47), a pag. *1338*, l'ultimo capoverso della 1ª colonna « L'O. cita poi un caso...., ecc. », si riferisce alla comunicazione del dott. A. Bolaffi sulla Linfogranulomatosi, e come tale dev'essere aggiunto alla prima parte di detta comunicazione, nella 2ª colonna della stessa pagina

NOTIZIE DIVERSE.

La prolusione del prof. V. Ascoli.

Dinanzi ad un fitto pubblico di professori, di medici, di studenti, il prof. Vittorio Ascoli ha inaugurato il 2 corr. il suo IV Corso di lezioni di clinica medica generale. Ricordò le parole con cui tre anni or sono assunse la direzione di una Clinica, resa illustre da Guido Baccelli.

Svolse il concetto che la clinica medica ha attraversato una grave crisi.

Dopo essersi troppo esclusivamente appoggiata all'anatomia, cominciò a sentire la necessità di far suoi altri metodi di indagine, e si è data con entusiasmo, talvolta eccessivo, ai delicati studi di gabinetto, alle ricerche biologiche e fisiologiche. Il clinico però, pur valendosi di tutte le più squisite e delicate ricerche di laboratorio, deve giovarsi dell'esame fisico del malato e dell'indagine anamnestica e formulare la sintesi finale, che solo a lui compete.

Il prof. Ascoli riferì poi intorno ai miglioramenti apportati all'Istituto, coll'aggiunta o l'ampliamento di laboratorî di batteriologia, di ematologia, di radiologia e con un locale per ora ancora modesto di terapia fisica. Ricordò che ha anche iniziato le *sale di soggiorno* dove i convalescenti e i malati leggeri possono scorrere le giornate riservando la tranquillità delle corsie ai gravissimi. Ha inoltre accuratamente scelto un corpo di colte e intelligenti infermiere, con alloggio, vitto e stipendio conveniente, perchè senza il loro prezioso aiuto l'opera volonterosa del medico diventa vana.

Nonostante tali opere di faticosa organizzazione, l'Istituto non ha arrestato la sua attività scientifica ed il prof. Ascoli, dopo aver accennato ai numerosissimi temi svolti nelle sue lezioni, fu lieto di enumerare gli importanti lavori usciti nel triennio dall'Istituto.

Espresse poi il desiderio che la Clinica romana, fedele alle sue geniali tradizioni latine, sia non solo il vivaio di futuri ottimi medici, ma costituisca un centro ideale intorno a cui si raggruppino con simpatia e fiducia i medici che amino perfezionarsi e gli stranieri.

Corso di perfezionamento in Ortopedia e Traumatologia dell'apparato motore.

Nell'anno scolastico 1920-21 avrà luogo, per i laureati in medicina e chirurgia, presso la Clinica ortopedico-traumatologica dell'Università di Roma, al Policlinico Umberto I, un Corso di perfezionamento trimestrale in *Ortopedia e Traumatologia dell'apparato motore.*

Il corso s'inizierà il 10 gennaio 1921 e saranno impartiti i seguenti insegnamenti: Prof. R. Dalla Vedova, Conferenze di clinica ortopedica e traumatologica; Prof. G. L. Gazzotti, Patologia delle deformità congenite e acquisite dell'apparato motore; Prof. S. Crainz, Patologia delle lesioni violente dell'apparato motore; Prof. G. L. Gazzotti, Tecnica degli apparecchi gessati (con esercitazioni pratiche); Dott. E. Gualdi, Ginnastica medico-fisiologica e rieducazione funzionale.

Alla fine del corso, quelli che l'avranno frequentato regolarmente e che avranno superato la prova di esame, riceveranno un Diploma di perfezionamento in Ortopedia e Traumatologia dell'apparato motore.

Per esservi ammesso si deve fare domanda su carta bollata da L. 1 al Rettore della R. Università, non più tardi del 10 gennaio 1921, presentando: *a)* Fede di nascita debitamente legalizzata dal presidente del Tribunale; *b)* Diploma e certificato di laurea in medicina e chirurgia (anche di Università estere); *c)* Quietanza di L. 300 rilasciata dall'Economo della R. Università. Si dovranno pure versare nella Cassa Universitaria L. 78.90 occorrenti per sopratassa di esame di diploma, per gli esercizi di Laboratorio, per bollo e indennità.

Per ritirare il Diploma gli interessati dovranno in seguito presentare domanda su carta bollata da L. 1 e versare alla Cassa Universitaria L. 10.60.

Saranno accolte soltanto le prime 75 domande.

Corso di perfezionamento in elettroterapia e radiologia medica.

Il 7 dicembre, alle ore 17, il prof. Ghilarducci ha iniziato un corso di perfezionamento di Elettroterapia e Radiologia per medici e studenti.

Le lezioni hanno luogo nei giorni di martedì, giovedì e sabato nel R. Istituto di Radiologia ed Elettroterapia al Policlinico dalle 17 alle 18.

Tutti i giorni dalle 9 alle 11 hanno luogo esercitazioni pratiche.

All' Università libera a Ferrara.

Presso l'Università libera di Ferrara si sono aperti — quantunque non ancora ufficialmente poichè si attende l'approvazione ministeriale — i corsi pel quarto anno di Medicina. Insegnerà anatomia patologica il prof. L. Giannelli; la patologia medica il prof. A. M. Luzzatto; la patologia chirurgica il prof. E. Casati.

L' Istituto climatico di Cuasso al Monte.

Il 17 ottobre u. s. venne inaugurato solennemente l'Istituto climatico di Cuasso al Monte, fondato dalla Croce Rossa Italiana.

Tra gl'intervenuti erano i senatori Ciraolo e Pavia, i deputati Cappa e De Capitani, i generali Brusati, Bassi e Circana, mons. Merisi, il principe di Belgioioso, il conte Pongileone, il conte Turati, l'avv. Vismara, l'avv. Curtino, i proff. Baduel, Bordoni-Uffreduzzi, Olpez, Gatti, ecc., ecc.

Parlarono il comm. Cagnoni, l'on. Cappa, il senatore Ciraolo, il prof. Gatti, il cav. Valagussa per i malati, il direttore del sanatorio dott. Trevisan, Michelangelo Zimolo per i combattenti dalmati.

Al sanatorio di Prasomaso.

In occasione della nomina a cavaliere della Corona d'Italia del prof. Marcello Bertolini, direttore del Sanatorio popolare Umberto I in Prasomaso, i ricoverati hanno fatto, ad iniziativa di uno speciale Comitato, una festa cordiale in onore dell'insigne sanitario, per manifestargli il loro affetto e il loro compiacimento.

Nuovi ospedali.

A Napoli venne inaugurato con grande solennità il nuovo Ospedale per infermi cronici annesso all'Ospedale di S. Gennaro, situato in posizione incantevole; è capace di 400 posti.

A Fano venne inaugurato il nuovo Ospedale Civile, che risponde a tutte le esigenze della tecnica ospedaliera; può ricoverare 120 infermi.

L'ospedale Tribondeau.

Il Comando della 1ª squadra navale francese ha disposto che l'ospedale impiantato nell'Achilleion, la villa imperiale di Corfù, sia dedicato alla memoria del dottor Tribondeau, ivi morto durante la pandemia 1918 mentre attendeva, in un laboratorio molto bene da lui attrezzato, a particolari indagini sull'argomento.

Scuola medica di perfezionamento a New York.

Per organizzare la Scuola superiore di perfezionamento medico di New York (Postgraduate Medical School) sono stati stanziati due milioni di dollari. La scuola venne fondata 38 anni or sono; ma si vorrebbe portarla ad un notevole grado di efficienza per farne il massimo centro di cultura medica mondiale.

Centenario dell'Accademia Medica Argentina.

L'Accademia Medica Argentina, creata il 17 aprile 1822, celebrerà tra un biennio degnamente il suo centenario. Ha votato la costruzione di un grande edificio per la sua sede: vi sarà allogata la biblioteca e vi si terranno le sedute. Ha bandito un concorso nazionale con premio in danaro e in medaglie, per tre opere di scienze mediche generali ed applicate.

Un' Esposizione medica a Londra.

Nel mese di ottobre si è tenuta a Londra la X Esposizione Medica, al Central Hall del palazzo di Westminster.

Scuola di coltur sociale.

La Scuola di coltura sociale di Roma (via dell'Olmata, 5), riconosciuta a tutti gli effetti legali dai Ministeri dell'Industria e Commercio e del Lavoro, inizia il suo terzo anno di funzionamento.

La Scuola è sorta ad iniziativa dell'Ufficio Municipale del Lavoro con lo scopo di procurare alla classe operaia di Roma una istruzione tecnico-economica rispondente allo spirito dei nuovi tempi.

Nel corso di coltura sociale viene impartito anche l'insegnamento dell'igiene del lavoro.

I corsi sono serali, hanno la durata di sei mesi o di un anno scolastico e possono essere frequentati da tutti i cittadini.

Il prof. Neuschüler.

Quale assessore per l'igiene del comune di Roma è stato chiamato Alfonso Neuschüler, illustre oftalmologo, infaticabile filantropo, patriota di sicura fede, nostro ottimo amico e collaboratore.

Rallegramenti cordiali.

Il sindaco di Milano.

Alla carica di sindaco della città di Milano è stato chiamato, dalla maggioranza socialista, il dott. Angelo Filippetti.

Nuovo Ospedale ad Avana.

Si è inaugurato, or è qualche mese, il grandioso Ospedale Municipale della città di Avana, arredato con lusso e organizzato secondo i dettami della moderna scienza ospedaliera.

Contiene, tra l'altro, una biblioteca e una sala di conferenze capace di 150 uditori.

La crisi del vetro in Germania

si riverbera anche sulle forniture di lastre fotografiche per radiologia, specie per i formati maggiori. Le fabbriche consegnano lastre sensibilizzate di preferenza a chi restituisce lastre fuori uso.

(*Pathologica*).

Cinemaradiografia.

I dottori Lormon e Comendon, combinando la cinematografia con la radiografia, hanno ottenuto delle «films» riproducenti la vita dei corpi viventi.

Il disservizio postale.

Denunziamo ancora una volta ai nostri lettori il *disservizio postale*, che è solo responsabile dei ritardi, dei disguidi e delle dispersioni di fascicoli, che continuano a prodursi.

La redazione, l'amministrazione e la tipografia pongono il massimo impegno affinchè la pubblicazione del giornale proceda regolarmente. Ma tutto il loro impegno viene ed essere frustrato dall'amministrazione delle poste.

I nostri abbonati continuino pure ad inviarci i loro reclami, che noi collezioniamo e inoltriamo agli organi direttivi dell'amministrazione postale.

Noi speriamo che le nostre insistenze finiranno col richiamare l'attenzione dei responsabili sul disservizio, di cui è vittima il nostro giornale.

L'Amministrazione.

È morto a 75 anni il prof. MAURICE DEBOVE, che insegnò medicina interna alla Facoltà medica di Parigi. Fu per sei anni decano della Facoltà; fu presidente onorario del Consiglio superiore d'Igiene, presidente effettivo della Società medica degli Ospedali di Parigi e coprì molte altre cariche.

La sua attività è stata multiforme. Tra i suoi studi ricordiamo quelli sull'ulcera semplice dell'esofago, sugli spandimenti chiliformi delle sierose, sull'intossicazione idatigena, sull'infantilismo, sulle febbri paratifoidi, sul basedowismo, l'edema segmentario, ecc.; tra le sue concezioni ricordiamo quelle relative all'anarchia cellulare del cancro, alla natura distrofica di certe asistolie, sull'utilità degli alimenti freschi (egli precedette gli studi sulle vitamine), sull'influenza del sistema nervoso nella genesi dell'obesità, ecc.: gli dobbiamo anche alcuni strumenti d'una ingegnosa semplicità per la toracentesi, il cateterismo dell'esofago, il lavaggio gastrico e l'alimentazione con la sonda, uno dei primi modelli di siringa sterilizzabile, ecc.; ha scritto varî trattati, manuali e monografie, quasi sempre in collaborazione, di clinica medica, di patologia interna, di terapia, sulle malattie gastriche, ecc.; ha diretto la pubblicazione di una serie di Manuali di medicina, diagnosi e terapia, ecc.

Sotto le apparenze dello scetticismo, egli nascondeva un animo nobile e sensibile.

B.

È morto il prof. GUSTAVO BUNGE, il quale per 35 anni ha insegnato chimica fisiologica a Basilea; è notissimo nel mondo medico per il suo trattato e per le sue ricerche sulla fisiologia del sale marino e sulla questione dell'alcool; fu un osservatore acuto, un insegnante brillante e chiaro.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1920 - Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, *ed. resp.*

Anno XXVII **Roma, 20 Dicembre 1920** **Fasc. 51 (fine)**

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI - - FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

Per il 1921.

Ai Medici Italiani,

Entrando ormai nel suo XXVIII anno di vita, il «Policlinico», che ha tenuto fede costante al suo programma di servire al medico pratico nell'esercizio completo dell'arte sua, e cioè, così al letto dell'infermo, come nei sempre più complessi rapporti sociali, potrebbe rinunziare a esporre ancora un programma per l'anno 1921: tutti i medici d'Italia sanno con quale solerzia li tiene al corrente di quanto di meglio si produce nel campo scientifico, con quanto amore sostiene i loro interessi in ogni campo dell'attività loro.

La necessità del programma non proviene dalla consuetudine; promana dalla intima costituzione del nostro periodico, dallo spirito stesso che ha informato tutta la sua vita e ne ha favorito l'evoluzione, rendendolo senza contestazione non solo il più diffuso, ma anche il più accreditato periodico medico italiano. Gli è che il «Policlinico» ha sempre vissuto la vita del medico italiano: non ha soltanto accompagnato il medico nelle difficoltà del cammino; lo ha per lo più preceduto, sorretto, lo ha spesso illuminato e guidato.

La Redazione e l'Amministrazione hanno fatto ogni sforzo e sacrificio durante la grande guerra di unificazione della nostra Italia, e sopratutto in questo tormentato e difficile dopo guerra, per adattare il contenuto alle esigenze del momento, per mantenere la regolarità della pubblicazione, per seguire il movimento della vita scientifica e professionale tra noi e all'estero.

Purtroppo la vigilia della pace è stata per l'Italia più faticosa e dura che non la vigilia della guerra, più penosa forse che non la stessa guerra per il malessere, creato dalle insidie internazionali e dai dissidii interni, e fomentato dalle tristi condizioni economiche.

Oltre due anni di terribili peripezie hanno minacciato di esaurire le forze del nostro disgraziato Paese, che pure ha promosso ed assicurato la vittoria dei principî di libertà nel mondo.

Mentre la pace sta per concludersi con gli stranieri, si manifestano sintomi anche di pacificazione interna; l'Italia con il suo largo umanistico positivo senso politico, prende parte direttiva nei Consessi internazionali.

Speriamo cominci l'èra della riparazione sui flagelli che alla guerra sono seguiti.

Con questa speranza nel cuore, noi vogliamo iniziare il prossimo anno. E confidiamo che nella coscienza più sicura delle virtù della nostra stirpe, anche la medicina italiana, nelle lotte più nobili per il progresso scientifico, prenda la posizione che il genio del passato e la tenacia del lavoro le assicurano. Noi siamo fieri di contribuire a questi intenti, aprendo le porte agli studiosi d'ogni scuola. Promettiamo bensì di scegliere con il più severo discernimento, ma con largo criterio, il fiore della produzione straniera per farlo con esattezza e rapidità conoscere agli Italiani come lievito del progresso nostro; ma specialmente desideriamo il contributo delle scuole italiane per diffonderlo fra noi, che ci apprezziamo troppo poco, per diffonderlo all'estero ove la produzione italiana comincia ad essere ricercata e tenuta in pregio.

A tale opera di affratellamento nazionale e di valorizzazione internazionale il «Policlinico» sente e sa di avere molto contribuito; ma molto più vuole e sa di poter contribuire con il credito acquistatosi e con il grande numero di abbonati.

Cresceremo le Riviste sintetiche sugli argomenti che a mano a mano accaparrano l'attenzione degli studiosi e rinnovano di continuo la medicina.

Non siamo nè paghi del successo, nè ancor soddisfatti dell'opera nostra.

Dirigiamo fervida preghiera ai nostri professori che non vogliano limitare i beneficî dei loro insegnamenti nella cerchia dei loro studenti, ma si compiacciano di spargerli nel grande ambito dei medici italiani che li invocano: ogni sollecitudine noi promettiamo ai maestri che onorano le cattedre d'Italia, perchè cedano al desiderio di coloro che furono allievi e amano non perdere il contatto con la scuola che li formò, e preferiscono acquistare nuove conoscenze traverso l'elaborazione delle menti nostrane, piuttosto che nell'opera di scrittori stranieri.

In quest'aspirazione che traiamo dal vivo della coscienza degli affezionati amici del «Policlinico», noi troviamo il fondamento per progredire ancora e sempre con la cooperazione di tutte le scuole italiane, con la coesione di tutte le categorie di medici, con la fusione di tutte le energie della vecchia e della redenta Italia.

La concordia assicura sempre la vittoria alle genti italiche. Il «Policlinico» vi porta non solo l'augurio ed il buon volere, ma la forza del lavoro e la virtù del sacrificio. Tutti i Medici Italiani lo aiutino.

LA REDAZIONE.

Due vie si aprivano all'Amministrazione del «Policlinico» per affrontare le aspre difficoltà inerenti allo straordinario rincaro della carta e della mano d'opera tipografica nonchè all'incremento continuo delle spese generali: ridurre in modo notevole il numero delle pagine ovvero accrescere i prezzi d'abbonamento.

La prima soluzione è stata risolutamente scartata, perchè avrebbe significato compromettere il valore pratico, il prestigio e il credito del giornale.

Mentre la vita scientifica riprende ovunque con slancio la sua febbrile attività, mentre le conquiste compiute dalla medicina durante la guerra vengono sottoposte a revisione e se ne preparano e se ne compiono ogni giorno di nuove, mentre la vita professionale si ridesta e le si parano innanzi vasti problemi prima neppure sospettati, che investono tutta la vita sociale, non era possibile costringere in un numero ristretto di pagine l'immenso materiale che ormai alimenta il nostro periodico. Ciò sarebbe stato incompatibile con le esigenze dei nostri lettori e con quelle della redazione.

Per accogliere con liberalità il copioso materiale che affluisce alla redazione, per rispecchiare con fedeltà, nelle molteplici rubriche delle recensioni, il movimento scientifico e clinico dell'Italia e dell'Estero, per far posto ai nuovi problemi economici e medico-sociali, abbiamo anzi dovuto aumentare gradatamente, in questi ultimi tempi, il numero delle pagine.

Il successo del «Policlinico» si è sempre più affermato: difatti il numero degli abbonamenti raggiunge ormai una cifra che qualche anno addietro non avremmo osato neppure sperare.

Questo risultato però si è raggiunto a spese di gravi sacrifizi, che l'Amministrazione non potrebbe più sostenere: i nostri abbonati non si sorprenderanno dunque se dobbiamo elevare il prezzo di abbonamento. Soltanto questa misura ci consentirà di mantenere il giornale all'altezza conquistata e di superarla ancora.

Teniamo a rilevare che l'aumento da noi portato è del tutto apparente ed illusorio; esso resta di gran lunga inferiore ai coefficienti di aumento della carta e delle spese di stampa; non è neppure proporzionato al rinvilio generale del denaro.

Così stando le cose, noi abbiamo ferma fiducia che i nostri lettori apprezzeranno la moderazione delle nostre richieste. Essi continueranno a darci il loro appoggio incondizionato e la loro preziosa solidarietà.

L'AMMINISTRAZIONE.

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

Alcune considerazioni sopra gli angiomi cerebrali

per il prof. MARIANO R. CASTEX
direttore della Clinica Med. di Buenos Ayres
e il dott. NICOLA ROMANO.

Gli angiomi del cervello sono tumori costituiti da neoformazioni di vasi, generalmente a livello del sistema capillare, e che possono svilupparsi o nell'encefalo o nei suoi involucri.

Gli angiomi cerebrali sono poco frequenti e danno una piccola percentuale fra gli angiomi in generale.

Questa rarità ha fatto sì che la letteratura si sia arricchita in questi ultimi decennii con le pubblicazioni fatte dai clinici che hanno avuto opportunità di osservare casi di questa natura.

Non crediamo che la casistica abbondante della letteratura moderna si debba ad un aumento nella frequenza di detta affezione, sibbene ai progressi della chirurgia del cranio, la quale, intervenendo con giusta ragione nei casi con sintomi cerebrali oscuri, ha contribuito ad arricchire considerevolmente la clinica degli angiomi cerebrali.

V'ha gran divergenza d'opinioni circa quanto si riferisce alla etiologia degli angiomi cerebrali.

Alcuni, e sono i meno, tra essi Heine (1), credono a disposizioni congenite o telangiectasie congenite, che, in un momento dato, e, per cause molteplici e svariate, cominciano a proliferare generando i nuovi vasi.

Per Oppenheim (2) la ereditarietà ha primordiale importanza nella genesi dei processi angiomatosi; ad essa Oppenheim aggiunge le anomalie congenite di sviluppo, la diatesi angiolitica e la tendenza ad uno stato congestivo.

Per Chipault (3) e molti altri, il traumatismo costituisce uno dei fattori genetici più importanti degli angiomi in generale e di quelli cerebrali in particolare.

Sono legione i clinici che opinano che la grande maggioranza degli angiomi cerebrali sono congeniti: Virchow (4), Krause (5), Oppenheim (6), Delbet (7), Heine (8), Symmond (9), Blank (10), Bruns (11), Kalischer (12).

La predilezione evidente di età, nel secondo e terzo decennio, non parla contro la congenitalità nè contro il suo sviluppo a spese di un vizio organico congenito od acquisito, giacchè può avvenire la evoluzione latente e tardare uno o vari decennii a manifestarsi clinicamente come nelle osservazioni di Drysdalle (13), Cassirer e Mühsam (14).

Non pare ci sia predilezione di sesso nè di razza.

Per quello che si riferisce alla morfologia degli emangiomi cerebrali, essi sono costituiti da veri vasi neoformati generalmente a livello del sistema capillare.

Questo carattere di neoformazione di vasi è quello che li differenzia dalle angiectasie e varici, nelle quali v'è quasi esclusivamente dilatazione di vasi.

Gli angiomi possono prodursi nelle meningi o nella sostanza cerebrale. In questo caso, hanno origine in tessuti vascolari della polpa cerebrale, potendo essere superficiali a subcorticali, e raggiungendo a volte grandi dimensioni.

A volte, non ostante la loro ubicazione meningea, i vasi passano dalla neoplasia alla sostanza cerebrale, come nel caso di Cassirer e Mühsam (15) e nel caso osservato e pubblicato da uno di noi col dott. Pietro O. Bolo (16).

Quando l'angioma è subcorticale l'aspetto iperemiato ed ecchimotico delle circonvoluzioni cerebrali rivela la sua presenza.

I tessuti circostanti sono alterati ed ematizzati e rammolliti.

Gli angiomi meningei si trovano nella pia, aderiscono generalmente al cervello e raramente alla dura (caso di Castex e Bolo).

Frequentemente costituiscono grandi masse violacee, turgide, formate da grossi canali che si uniscono ai seni prossimi per mezzo di vasi di calibro variabile.

L'angioma si manifesta nel cervello sotto forme diverse: come tumore circoscritto, incapsulato, del tipo dell'angioma cavernoso Bruns (17), D'Antona, Rossolimo (18) o come una neoplasia generalmente meningea, diffusa, del carattere della telangectasia. Questa può presentarsi sotto tre tipi distinti: quello dell'angioma cirsoide o arteriale, quello dell'angioma venoso ramoso e quello di tipo misto. Il primo è stato osservato da Kalischer (19), Emmanuel (20), Bergmann (21), Blanck (22), Oppenheim (23) e Symmonds (24); il secondo tipo, molto più raro, è stato osservato solo da Leichner (25), Krause (25), Cassier e Mühsam (27), Lavillette (28), e Castex e Bolo (29). Leichner trovò un solo caso, su 23 osservazioni, di tumori cerebrali riuniti.

Nel caso di Cassirer e Mühsam la neoformazione di vasi comprendeva le vene della pia e si estendeva fino a quelle della sostanza cerebrale. Il tipo di angioma misto fu osservato, tra altri, da Kalischer.

Il tipo più frequente di angiomi cerebrali è l'angioma semplice, la dilatazione circoscritta e cirsoidale dei vasi di un territorio vascolare determinato.

Questo si differenzia dall'angioma cavernoso nel quale il sangue non circola in spazi vascolari cilindrici riuniti, ma in spazi vuoti di forma irregolare e comunicanti.

La istologia di questi angiomi è stata fatta da Emmanuel (30) che trovò sproporzionata prolificazione in tutti gli strati vascolari; in tutti avviene in una maniera atipica con predominio degli uni o degli altri a spese dei restanti, con somma irregolarità.

La partecipazione attiva dello strato muscolare dava, in certi punti, alla prolificazione un aspetto di leiomioma.

Sono stati constatati i processi regressivi più variati: degenerazione jalina (anche nel caso Enders (31), calcificazione della intima) processi degenerativi delle fibre muscolari, alterazioni infiammatorie sclerose, come pure calcificazioni della avventizia, prominenze aneurismatiche con pareti puramente connettive o sclerose.

Gli angiomi possono originare trombosi estese ed emorragie profuse, fatti importanti per la clinica, poichè con gravi perturbamenti generali, possono condurre rapidamente alla morte.

Spesso hanno sviluppo lento e progressivo, eliminando il sangue dai loro vasi e originando calcificazioni frequenti che possono estendersi ai vasi vicini (Astwazaturoff) (32).

Abbandonati a sè stessi possono estendersi sulle superficie cerebrale e giungere a coprire tutta la estensione di un emisfero. Gli angiomi cerebrali subiscono le stesse trasformazioni degli angiomi in generale: degenerazione, ulcerazione, rotture, ecc.

Il quadro clinico è polimorfo. Esistono segni abbastanza frequenti che possono far pensare alla natura angiomatosa di un processo cerebrale, senza permettere di affermarlo.

Si constatano frequentemente nei soggetti antecedenti di traumi antichi, che sogliono rimontare all'infanzia. La evoluzione dell'infermità si fa con somma lentezza e con una sintomatologia meschina nella maggior parte dei casi.

Mancano abitualmente i segni cardinali della ipertensione endocranica. Sono molto frequenti le crisi di epilessia sensoria, come pure gli accessi convulsivi del tipo jacksoniano, che possono restare isolati per anni e farsi più tardi assai frequenti, e ripetersi varie decine di volte in uno stesso giorno.

Nel caso di Rotgans, Herz e Wiakler (33) la evoluzione si fece in 17 anni, e nel caso di nostra osservazione personale tardò 4 anni.

Il caso più comune è che gli attacchi di epilessia jacksoniana siano scarsi e che l'infermo conservi la conoscenza. Nel nostro infermo il numero di attacchi jacksoniani, molto ridotto in principio, andò aumentando fino a giungere a oltre 100 al giorno ed entrare in un vero « stato epilettico ».

Contro quanto hanno di solito registrato gli altri, nel nostro caso constatammo la perdita della conoscenza durante gli accessi convulsivi.

L'aura che precede l'episodio jacksoniano è generalmente sensoria. Nel nostro caso si iniziavano le convulsioni precedute da una sensazione di intorpidimento nel piede destro.

Nei casi di Guldermann, Lenz e Winkler (34) le aure erano « dolori nelle due dita medie della mano », incominciati 20 anni prima, o cause « intellettuali a reminiscenze vive ».

Questi fenomeni dovuti alla irritazione della corteccia della zona motrice, abbastanza frequenti nei casi di angiomi cerebrali osservati, provengono dalla localizzazione frequente degli angiomi nel territorio vascolare della regione psicomotrice. A ciò si deve anche la esistenza di disturbi paresici o paralitici, sotto forma di

paralisi facciale o di monoplegie che poi diventano emiparesie o emiplegie.

Nel caso di Tissier e Charcot (35) le crisi convulsive furono seguite da emiplegia con contrazioni; il soggetto non poteva rimanere coricato per dormire, nè inclinare la testa, nè in avanti, nè indietro, per la turgescenza che invadeva la faccia.

Questi fenomeni motori hanno tutti i caratteri inerenti alla loro origine cerebrale: la ipertonia, la spasmodicità, la presenza rara di atrofie muscolari, la esagerazione dei riflessi normali e l'apparizione dei fenomeni patologici (Babinski, Brissaud Oppenheim Strümpell, Bechterew, Mendel, Rossolimo, Clonus, ecc.).

La cefalea è assai frequente e secondo Delbet (36) sarebbe dovuta alla distensione degli involucri cerebrali (specialmente della dura che è la sensitiva) per l'estasi sanguigna.

Il vomito è raro; è stato osservato da Isenschmid (37) e Oppenheim (38).

Le vertigini sono pure rare.

I disturbi oculari sono assai variabili, quantunque poco comuni. L'edema della papilla è stato constatato poche volte. Il nistagmo e le paralisi dei muscoli oculari mancano nella maggior parte dei casi. Exoftalmia esistette nel caso di Rotgans e Winkler citato da Duret.

Nel nostro infermo ed in alcuni altri osservati dalla casistica medica vi fu eminopsia sinistra bilaterale omonima. A volte si è constatato iniezione vascolare della congiuntiva, delle palpebre e della regione ciliare.

Possono esistere disturbi uditivi quando il tumore ha sede nella regione temporale, come nel caso di Bruns (39), nel quale si aveva inoltre ambliopia che giunse fino alla amaurosi completa (edema papillare con atrofia dei nervi ottici).

I fenomeni disfasici, parafasici, e afasici, sono assai rari. Il nostro infermo presentò nei giorni che precedettero l'intervento chirurgico una afasia motrice totale ed assoluta.

Di solito si percepiscono rumori vascolari e soffi sulle palpebre, sulla fronte, nella regione parietale, ecc. Sono generalmente soffi sistolici, con esacerbazioni inspiratorie e debilitamenti quando si comprime la carotide (Rotgans e Winkler).

Ci può essere eretismo vascolare localizzato o generalizzato, con pulsazioni più o meno energiche. Oliver e Willamson (40) constatarono, oltre questi fenomeni vascolari, la ipertrofia cardiaca, che attribuirono ipoteticamente ad un eccesso di lavoro somministrato dal nuovo territorio vascolare.

Secondo Cassirer e Mühsam (41), il quadro clinico concorda nei suoi tratti principali in tutti i casi di angiomi cerebrali. Gli attacchi epilettiformi dominano la scena. La evoluzione è molto lenta; i fenomeni paralitici occupano un posto secondario, comparati con quelli irritativi; nella maggioranza, mancano i sintomi generali dei tumori cerebrali o sono poco accentuati.

Per Oppenheim (42) la sintomatologia è dominata dai fenomeni convulsivi del tipo corticale, seguiti da disordini paresici o paralitici nelle regioni delle convulsioni che si stabiliscono di un modo apoplettiforme.

I segni di ipertensione endocranica mancano in generale, e, quando esistono, accompagnano per lo più gli attacchi paralitici.

Principalmente può apparire l'ictus con obnubilazione intellettuale o perdita prolungata della coscienza.

L'analisi fatta della sintomatologia lascia facilmente comprendere quanto sia difficile il diagnostico dell'angioma cerebrale. È quasi impossibile affermare un diagnostico di questa natura; tutt'al più potrà farsi approssimativamente.

L'esame somatico minuzioso suole somministrare dati di importante valore per il diagnostico.

La esistenza di telangiectasie nella testa e nella faccia, di rumori vascolari nel cranio, di angiomi in altre parti del corpo, la ipertrofia del cuore, l'eretismo cardiovascolare e « nevus » multipli, possono far pensare alla natura vera del tumore cerebrale.

La preferenza per la zona motrice che gli angiomi dimostrano, fa sì che essi generino con gran frequenza epilessia jacksoniana, emiparesie e emiplegie, afasie, emianopsie, disordini intellettuali e, raramente, neurite ottica.

Il pronostico degli angiomi cerebrali è sempre riservato. Abbandonati a sè stessi sono suscettibili di cura spontanea, quantunque ciò avvenga molto raramente. Dato l'intervento chirurgico in dovuta forma ed in tempo opportuno sono suscettibili di un miglioramento più o meno grande o di una guarigione radicale. Ciò dipende direttamente dalla morfologia e dalla topografia della neoplasia. La facile accessibilità di certe regioni (zona motrice) e la inaccessibilità di altre (ponte) fanno variare il pronostico a seconda della localizzazione del tumore.

Il trattamento palliativo consiste nella somministrazione degli analgesici e sedativi nervosi in forti dosi.

L'unico trattamento razionale degli angiomi cerebrali è il chirurgico. L'intervento potrà con-

sistere o nella estirpazione della neoplasia, se essa è piccola e circoscritta, o in molteplici legature periferiche, se il tumore è esteso, inenucleabile e inestirpabile.

Il caso di cui succintamente riferiamo la storia clinica, fu osservato e studiato nel nostro servizio dell'ospedale Burand dal giugno del 1913 fino al marzo 1914. Fu presentato dal dott. Pietro O. Bolo e da uno di noi nella Società di psichiatria, neurologia e medicina legale nell'« Ospicio de les Mercedes », seduta del 30 dicembre 1913.

J. N., argentino, 43 anni, ammogliato, scultore, entra nel nostro servizio il 3 agosto 1913. Gli antecedenti ereditari non hanno importanza; tra i personali consegna morbillo e vaiuolo nell'infanzia; blenorragia a 21 anni, « chancros » ai 23, che non furono seguiti da manifestazioni secondarie; grippe a 26 anni. Da 6 anni soffre di cefalee intense e continue, localizzate principalmente nella parte superiore della scatola cranica. È stato un buon bevitore e fumatore; però da 4 anni nè beve, nè fuma.

La sua infermità attuale data da 4 anni: un mattino, mentre lavorava, fu sorpreso da una sensazione di intorpidimento del piede destro, che poco dopo si generalizzò, accompagnato da movimenti convulsivi in tutta la metà destra del corpo; il paziente perdette la conoscenza durante vari minuti, trovandosi dopo ciò depresso e come intontito. Dopo questo primo attacco le cefalee si attenuarono, però persistevano sempre con minore intensità. A capo di un anno tornò a ripetersi l'attacco, aumentando di intensità i movimenti convulsivi e durando più a lungo. Da quell'epoca gli attacchi si succedettero con maggior frequenza e intensità.

Nel 1912 consultò un medico, che gli prescrisse una pozione, con la quale gli attacchi si fecero meno frequenti e si attenuarono alquanto.

Al principio del 1913 gli attacchi ritornarono, aumentando di frequenza o di intensità.

Il rimedio consigliato non produsse miglioramento alcuno. Gli accessi si succedettero finchè alla fine di luglio dopo uno di essi, la gamba destra rimase quasi totalmente paralizzata. Da quel momento gli attacchi seguivano con intervalli di 4 o 5 ore finchè l'infermo perdeva la coscienza.

Dal principio dell'anno l'infermo non può fare nessuno sforzo per leggere, poichè ciò provoca subito l'accesso.

Questo ha conservato sempre lo stesso carattere di epilessia jacksoniana diritta; ma si inizia dal piede o dalla gamba estendendosi poi al braccio e termina invadendo la faccia.

Stato attuale. — Soggetto di statura media, in buono stato di nutrizione generale, scheletro ben conformato, pelle con cicatrici di vaiuolo, mucose pallide, vene grosse, marcate sopra la regione temporoparietale da ambo i lati.

La sensibilità al tatto, al dolore ed al calore è intatta nella testa, faccia, collo, tronco ed estremità.

La sensorialità è normale. La motilità della testa, faccia, collo, gli arti superiori ed inferiore sinistro è normale. Esiste una paralisi atonica completa della muscolatura glutea, della coscia, « ileopsas », della gamba e del piede destro. La iperriflessione è molto grande nell'arto inferiore destro, nel quale, esistono fenomeni patologici, come l'Oppenheim, Strümpell, Brissaud. Non c'è Babiniski, nè Rossolimo, nè Bechterew, Mendel.

Nell'arto inferiore sinistro sono leggermente esagerati i riflessi.

I riflessi cutanei, delle mucose, e quelli dei membri superiori sono normali.

Le pupille sono eguali e reazionano bene alla luce ed alle sue gradazioni. I muscoli oculari funzionano bene. Non c'è lesione del fondo dell'occhio.

Il cranio e la faccia sono ben conformati.

Non c'è dolore, nè alla pressione, nè alla percussione. La masticazione, la deglutizione e salivazione sono normali. L'esame somatico del torace e dell'addome non rivela nessuna anormalità.

Non ci sono disturbi sfinterici.

Il camminare è impossibile per la paralisi atonica completa della gamba destra.

L'intelligenza è intatta. La parola ben articolata.

Gli accessi continuarono a ripetersi con enorme frequenza fino al 12 agosto, giorno in cui ebbe un attacco assai violento, dopo il quale restò con una emiplegia completa diritta e afasia motrice totale.

I riflessi sono molto esagerati in tutto il lato destro. Non vi sono riflessi patologici.

La paralisi della faccia, braccio e gamba destri è completa e atonica. La lingua è deviata verso destra. L'intelligenza è normale. Esiste afasia motrice completa pura. C'è emianopsia omonima sinistra. I muscoli oculari funzionano bene. Le pupille eguali, reazionano bene.

Gli attacchi di epilessia jacksoniana si ripetono ogni 5 o 10 minuti; è in uno stato di vera « epilessia continua »; non sono più localizzati alla destra, ma cominciano sempre nella stessa forma, per poi estendersi alla metà controlaterale del corpo, dove incomincia la epilessia con movimenti nella faccia, poi passa al braccio e termina arrivando all'arto inferiore.

Si fa per questo soggetto il diagnostico di « *lesione organica della regione rolandica sinistra* ».

La negatività del trattamento mercurio-iodurato ci fa scartare una lesione sifilitica.

L'assenza di tara tubercolosa e la evoluzione dell'infermità ci fa eliminare un processo di quella etiologia.

Tenendo in conto la evoluzione dell'infermità e il quadro clinico attuale, pensiamo possa trattarsi o di una neoplasia abbondantemente vascolarizzata, o di una pachimeningite emorragica, o di una meningite sierosa cistica.

Con queste idee si propone al soggetto un intervento chirurgico, che egli accetta il cui primo tempo si effettua il 13 agosto. Il 12 agosto, con il cranio previamente rasato, si tracciarono con nitrato d'argento le linee: *silviana*, *rolandica* e *prerolandica*, segnalate con il craniometro di Kocher.

Immediatamente si coprì il cranio con una medicazione antisettica leggera al formol; il

giorno seguente si praticò il 1° tempo, sotto anestesia cloroformica.

Con una sutura di Keidenhein i chirurghi circoscrissero da lontano le linee *rolandica* e *prerolandica*. Il prof. dott. Pasquale Palma aiutato dal dott. Bolo, tracciò dentro quel circuito un segmento rettangolare di 7 centimetri d'altezza per 6 di larghezza, col suo punto più alto a 2 centimetri dalla linea mediana.

La emostasi era perfetta, ed immediatamente si scoperse la calotta, collocando 4 pinze negli angoli del segmento pendulo.

Rimosso il segmento pendulo si vedeva la dura senza modificazione apprezzabile di aspetto nè di tensione, non ottenendosi nessun dato, dalla palpazione attraverso di essa.

Immediatamente si sospese la anestesia e, rimesso il segmento osteocutaneo, fu esattamente suturato.

Il 14 agosto l'infermo si trovava meglio; gli attacchi convulsivi si presentarono una volta sola dalla vigilia; potè dire alcune parole.

Il 15 agosto il suo vocabolario era già un po' più esteso. Dal giorno anteriore ha avuto 2 accessi.

Dal 16 di agosto tornano a cominciare, ripetendosi gli attacchi con tanta frequenza che i chirurghi furono sul punto di fare la 2ª parte dell'operazione il giorno 17, cioè, a 4 giorni dopo la 1ª. Gli si somministrò una forte dose di bromuro e si attese fino all'8° giorno (I punti di sutura erano stati levati il 4° giorno).

Il 21 agosto, cloroformizzato il paziente, si procedette a riaprire la ferita con le forbici chiuse.

In questa forma la ferita sanguigna poco, e la emostasi è rapida e facile.

Alcuni coaguli che si erano formati sopra la dura furono levati con la « *curetta* » ed il bisturì tracciò sopra la membrana un segmento della forma del cutaneo, ma di base superiore.

Quando si alzò si dovette legare una vena che dalla pia passava alla dura ed era di un calibro abbastanza considerevole.

Immediatamente si notò la vascolarizzazione anormale della pia. Questa membrana era solcata da grosse vene sinuose, diversamente anastomicamosate in un'abbondante rete. Si risolvette trattarle come varicosità, e si legarono con seta fina negli estremi limiti del campo, trafiggendo la pia con aghi fini. Alcune vene erano punte nel corso di questa manovra, dando luogo ad un considerevole flusso sanguigno che dopo molto lavoro potè essere detenuto.

Le pareti venose erano sommamente delicate e facili a lacerarsi.

Terminate le legature, si suturò il segmento della dura, e sopra quello osteocutaneo fu perfettamente riapplicato e suturato con crine.

La evoluzione non avrebbe potuto essere più soddisfacente: passati gli effetti della anestesia e lo « shock », che fu piccolo, l'infermo entrò in un rapido miglioramento.

Lo si sottomette ad un trattamento consistente in massaggi, elettricità, arsenicali e stricnina, col quale migliora rapidamente e progressivamente finchè scompare del tutto ogni disturbo a livello della faccia e dell'arto superiore destro. Nell'arto diritto inferiore permane solo una leggera paresia con ipotonia e leggera esagerazione di riflessi.

Alla fine di ottobre ed al principio di novembre si producono alcuni attacchi convulsivi all'altezza dell'arto inferiore; d'allora in poi non si sono ripetuti, ricuperando l'infermo la motilità fino a giungere allo stato attuale in cui il soggetto si sente completamente sano e forte.

BIBLIOGRAFIA.

(1) Citato da DEETZ: *Über ein Angioma arterialis racemosum im Bereich der Arteria corporis callosi*. Virchow's Archiv, tomo 168, pagina 341, 1902.

(2) OPPENHEIM. *Über klinische Eigentuclichkeiten konigenitaler. Hirngeschwülste*. Neurologisches Centralblatt, pag. 3, 1913.

(3) CHIPAULT. *Chirurgie opératoire du système nerveux*, 1907.

(4) VIRCHOW. *Über das Angioma recemosum und serpentinum des Gehirns* Geschwulstlehre.

(5) KRAUSE. *Chirurgie des Nervensystems*, 1912.

(6) OPPENHEIM. Neurologisches Centralblatt, pag. 3, 1913.

(7) LE DENTU et DELBET. *Nouveau Traité de Chirurgie.*

(8) HEINE. Citato da DEETZ.

(9) SYMMONDS. Wirchow's Archiv, tomo 180, pag. 280, 1905.

(10) BLANK. Münchener Medizinische Wochenschrift, pag. 465, 1910.

(11) BRUNS. *Die Geschwülste des Nervensystems*, pag. 29, 1908.

(11) KALISCHER. Berliner Klinische Wochenschrift, pag. 1059, 1897.

(13) DRYSDALE. *Racemose Aneurysm of the brain*. The Lancet, pag. 96, 1904.

(14) CASSIRER et MÜHSAM. Berliner Klinische Wochenschrift, pag. 755, 1911.

(15) CASSIRER et MÜHSAM. *Über die Extirpation eines grossen Angiomes des Gehirns*. Berliner Klinische Wochenschrift, pag. 755, 1901.

(16) CASTEX y BOLO. Revista de la Sociedad de psiquiatria, neurologia y medicina legal, 1913.

(17) BRUNS, loc. cit.

(18) Citati da DURET, loc. cit.

(19) KALISCHER, loc. cit.

(20) EMMANUEL, citato da SIMMONDS, Wirchow's Archiv, tomo 180, pag. 280, 1905.

(21) BERGMANN. *Handbuch der praktischen Chirurgie*, tomo I, 1913.

(22) BLANCK. Münchener Medizinische Wochenschrift, pag. 465, 1910.

(23) OPPENHEIM, loc. cit.

(24) SIMMONDS, loc. cit.

(25) LEICHNER *Zur chirurgischen Behandlung der Gehirntumoren*. Langenbeks Archiv, n. 89.

(26) KRAUSE, loc. cit.

(27) CASSIRER et MÜHSAM, loc. cit.

(28) LAVILLETTE. Tesi di laurea. Parigi 1906.

(29) CASTEX y BOLO, loc. cit.

(30) EMMANUEL, citato da DEETZ. Wirchow's Archiv, tomo 168, pag. 341, 1902.

(31) ENDERS. *Angiom in der Brückengegend*. Münchener Medizinische Wochenschrift, n. 31, pag. 1646, 1908.

(32) Citata da OPPENHEIM: *Lehrbuch der Nervenkrankheiten*, 1913.

(33) Citato da DURET: *Les tumeurs de l'encéphale*, 1905.
(34) Citati da DURET, loc. cit.
(35) Citato da GÉLINEAU: *Traité des épilepsies*, 1901.
(36) LE DENTU et DELBET. *Nouveau Traité de Chirurgie.*
(37) ISENSCHMID. *Die Klinischen Symptome des Zerebralen Rankenangioms*. Münchener Medizinische Vochenschrift, pag. 243, 1912.
(38) OPPENHEIM, loc. cit.
(39) BRUNS, loc. cit.
(40) OLIVER and WILLAMSON. British Medical Jornal, XI, 26, 1898.
(41) CASSIRER et MÜSHAM. *Über die Extirpation eine grossen Angioms des Gehirns*. Berliner klinische Wochenschrift, pag. 755, 1911.
(42) OPPENHEIM. *Über Klinische Eigentümlichkeiten Kongenitaler Hirngeschwülste*. Neurologisches Centralblatt, pag. 3, 1913.

NOTE E CONTRIBUTI.

Istituto di materia medica della R. Università di Roma.
Prof. GAETANO GAGLIO, direttore.

Il lattato di sodio nel diabete

per il dott. FRANCESCO CURATOLO, assistente.

Nella grave malattia del ricambio materiale, che è il diabete, mentre prima si considerava quasi esclusivamente la glicosuria come causa dei molteplici disturbi, ora si fa larga parte nella genesi di essi all'eccessiva formazione di acidi, all'acidosi, che può determinare anche coma e morte.

Dal punto di vista della terapia è fondamentale l'osservazione che la dieta carnea, con la quale si cercava una volta di combattere ad oltranza la glicosuria, aggrava l'acidosi e le sue complicanze. Così è diventato uno dei doveri principali del medico, nella cura del diabete, limitare l'acidosi.

L'esame dell'urina dei diabetici rivela un aumento dell'acido solforico, prodotto dalla decomposizione dell'albumina, e dell'acido fosforico derivato dall'ossidazione della lecitina e dei nucleoproteidi; inoltre compaiono in forte quantità acidi anormali come il β ossibutirrico e l'acetacetico (diacetico).

L'organismo dei diabetici reagisce contro l'acidosi mettendo in libertà l'ammoniaca che si combina con gli acidi neutralizzandoli. Pertanto la difesa naturale raggiunge il limite massimo, oltre il quale si ha il coma seguito spesso dall'esito letale. Nella cura del diabete si tende a combattere, come si è detto, oltre la glicosuria, sopratutto l'acidosi che minaccia la vita dei pazienti, e finora si è usato largamente il bicarbonato di sodio. Questo sale alcalino, quantunque sia attivo, non è facilmente tollerato, e somministrato alla dose massima di gr. 50 *pro die* irrita la mucosa gastro-enterica.

È stato adoperato anche il citrato sodico che nell'organismo ossidandosi si trasforma in bicarbonato di sodio; esso, sebbene dia risultati soddisfacenti, preso ad alta dose, provoca diarrea.

Il lattato di sodio, il cui potere contro l'acidosi diabetica non si era ancora studiato, meritava di essere sperimentato essendo fra i sali alcalini ad acido organico il più ossidabile nell'organismo, dove si trasforma in bicarbonato di sodio che si elimina per le urine.

Ho somministrato il lattato alcalino nei cani allo scopo di studiarne la tossicità e non ho osservato per le più forti dosi nessun fenomeno morboso, tranne il vomito.

Ho eseguito inoltre delle autoesperienze ingerendo gr. 10 di lattato di sodio *pro die* e non ho notato alcun disturbo.

Esaminate le urine non ho trovato traccia alcuna di acido lattico.

Il lattato di sodio fu prescritto dal Cantani nei casi di diabete mellito a piccole dosi, gr. 2-5, talvolta fino a gr. 10 per giorno, e non in relazione alla dottrina dell'acidosi che allora non si era sviluppata, ma in rapporto all'azione dell'acido lattico come corpo di più facile combustione dello zucchero.

Io, per consiglio del prof. Gaglio, in rapporto alla facile tolleranza del lattato di sodio, ho eseguito alcune ricerche cliniche su due casi di diabete mellito molto avanzato, ottenendo risultati soddisfacenti sia riguardo all'acidosi, la quale fu nettamente risolta, che alla glicosuria, la quale diminuì in modo notevole.

1° CASO. — T. G., uomo di anni 36, celibe, da Fiorentino, entrato all'ospedale del Policlinico Umberto I il 7 luglio 1914.

Anamnesi familiare negativa. L'ammalato soffrì più volte di angina catarrale. Ebbe bronchite durata pochi giorni. Nel mese di marzo 1912 notò un senso di secchezza alla bocca, polidipsia (beveva da cinque a dieci litri d'acqua al giorno), polifagia, poliuria.

La polifagia durò poco tempo e l'infermo accusò un senso di peso allo stomaco cui delle volte seguì pirosi con vomito subito dopo l'ingestione dei cibi. Ebbe diarrea. L'alito aveva odore penetrante di frutta (odore di acetone).

Il paziente cominciò a dimagrare, notò indebolimento del potere visivo e parestesie agli arti inferiori. All'ospedale fu sottoposto alla dieta antidiabetica ed alla somministrazione giornaliera di gr. 12 di bicarbonato di sodio.

In seguito a questo trattamento le urine emesse nelle 24 ore erano litri 6 leggermente acide, con tasso glicosurico di gr. 70 ‰.

Il paziente iniziata l'ingestione del solo lattato sodico alla dose di gr. 5 *pro die*, dose che di giorno in giorno fu aumentata, cominciò a notare un sensibile miglioramento.

Sin dai primi giorni di cura, l'anoressia e la diarrea, da cui l'infermo era quasi torturato, cessarono; la poliuria diminuì d'intensità e l'acidità delle urine, nonchè la glicosuria si ridussero alquanto.

Dopo la somministrazione di gr. 50 di lattato alcalino *pro die* la quantità delle urine emesse nelle 24 ore scese a litri 4, la reazione urinaria divenne leggermente alcalina ed il tasso glicosurico si abbassò a gr. 50 ‰.

L'ammalato, su mia proposta, sospese l'ingestione del lattato sodico e riprese il bicarbonato di sodio alla dose giornaliera di gr. 17. Dopo trentatrè giorni raccolsi le urine delle 24 ore nella quantità di litri 5 ed esaminatele le trovai leggermente acide con tasso glicosurico di grammi 70 ‰.

Il paziente, il cui regime dietetico si mantenne sempre costante, riprese senz'altro l'ingestione del solo lattato alcalino alla dose di gr. 50 *pro die* e dopo cinque giorni constatai che eliminava nelle 24 ore litri 4 di urina avente reazione leggermente alcalina con tasso glicosurico oscillante da gr. 33 a gr. 48 ‰.

La ricerca dell'acido lattico nelle urine e nelle feci fu sempre negativa.

2° CASO. — G. C., donna di anni 68, sposata, da Roma.

Anamnesi familiare negativa. Non ebbe malattie degne di nota fino all'età di 46 anni, epoca in cui ammalò di ileotifo. Guarita del tifo addominale accusò polidipsia, polifagia e poliuria. L'alito aveva forte odore di frutta (odore di acetone). La paziente nel 1918 notò una considerevole diminuzione del potere visivo. Ha osservato sempre la dieta antidiabetica e per combattere l'acidosi ha fatto uso del bicarbonato di sodio alla dose di gr. 10 *pro die*. Esaminate le urine, la cui reazione era leggermente acida, si è trovato il glicosio nella proporzione di gr. 70 ‰.

Il 16 dicembre 1919 l'ammalata si sottopose alla somministrazione del lattato di sodio alla dose di gr. 5 al giorno, dose che fu aumentata fino a raggiungere quella massima di gr. 60 *pro die*. Sin dai primi giorni di questo trattamento l'ammalata notò un senso di benessere generale, le funzioni gastro-enteriche erano regolari e la poliuria, nonchè la glicosuria cominciarono a ridursi sensibilmente. In seguito all'ingestione di gr. 60 di lattato sodico *pro die*, dopo dodici giorni di cura e di regime dietetico costante, le urine emesse nelle 24 ore erano litri 1,100 ed avevano reazione nettamente alcalina con tasso glicosurico oscillante da gr. 6 a gr. 10 ‰.

La ricerca dell'acido lattico nell'urina fu sempre negativa.

I buoni risultati da me ottenuti per l'uso del lattato di sodio hanno trovato autorevole conferma. Il prof. Modigliani ha eseguito, in rapporto all'acidosi, delle ricerche cliniche sul lattato di sodio nella cura dell'intossicazione acetonica infantile con ottimi risultati. Il Modigliani a quattro piccoli infermi — il primo di 4 anni, il secondo di 5 anni, il terzo di 4 anni, il quarto di 2 anni — ha somministrato il lattato sodico, a dosi crescenti, fino a raggiungere la quantità massima rispettivamente di gr. 12, gr. 24, gr. 30, gr. 18 *pro die*, riuscendo subito a ridurre l'acetone nelle urine ed a farlo scomparire del tutto. I bambini, infatti, sottoposto all'ingestione del lattato alcalino, dopo pochi giorni di cura guarirono definitivamente. Il lattato di sodio fu tollerato bene dagli ammalati, e nelle urine non si rinvenne mai acido lattico.

Il dott. Faelli nella sua pratica privata ha prescritto il lattato di sodio a molti diabetici ed ha avuto splendidi risultati. Il Faelli a parecchi pazienti colti da accessi di acetonemia che presentavano vomito, aritmia cardiaca, febbre ed erano in collasso, ha somministrato il lattato sodico a dosi crescenti fino a raggiungere la quantità massima di gr. 100, 120 per giorno. Gli infermi, la cui vita era fortemente minacciata, così trattati superarono felicemente la crisi ristabilendosi e poterono riprendere in poco tempo le loro occupazioni.

Gli ammalati tollerarono il lattato sodico e nelle loro urine non si notò mai la presenza di acido lattico.

I risultati ottenuti dimostrano che la somministrazione del lattato alcalino, specie se fatta ad alte dosi, riesce oltremodo benefica diminuendo la poliuria, neutralizzando gli acidi e riducendo notevolmente la glicosuria.

Degno di nota speciale ritengo sia l'abbassamento considerevole del tasso glicosurico.

Fra le sostanze alcaline in uso, per tutto quel che si è dimostrato, è da preferirsi il lattato di sodio che per la facile tolleranza può somministrarsi a forti dosi sin dalle fasi iniziali del diabete mellito, prevenendo e combattendo oltre la lenta e progressiva intossicazione acida dell'organismo e le gravi complicanze, anche la glicosuria. Si può consigliare pure l'uso del lattato sodico associato al bicarbonato ed al citrato di soda. Non trovandosi il lattato di sodio, si può prescrivere l'acido lattico ed il bicarbonato di soda a parti uguali in soluzione acquosa.

Roma, 9 novembre 1920.

Il fascicolo 12 (1° dicembre) della nostra SEZIONE MEDICA contiene:

MEDICINA SOCIALE.

La cura delle tubercolosi chirurgiche sulle spiagge.

Se alcuno può aver pensato che per curare le tubercolosi chirurgiche bastasse una spiaggia od una montagna si persuaderebbe a Berck del suo errore, poichè qui più che altrove potrebbe toccar con mano l'importanza dell'opera personale paziente, dell'apostolato scientifico sorretto da una volontà entusiasta e da un devoto spirito di sacrificio.

Berck cominciò nel 1857 ad accogliere bambini rachitici e scrofolosi, nel 1861 ebbe un piccolo ospedale di 100 letti, e nel 1869 inaugurò il grandioso «Hôpital maritime» eretto per cura della «Assistance Publique» della città di Parigi.

In questo primo periodo fino al 1892 furono i dottori Perrauchaud e Cazin che dedicarono tutta la loro affettuosa cura e la paziente sollecitudine ai bambini scrofolosi e fecero l'opera di propaganda per la quale Berck fu conosciuto come la spiaggia che risana.

Nell'ultimo trentennio due nomi vanno strettamente legati alla storia di Berck: V. Ménard ed F. Calot. Due nomi, due scuole, due mentalità diversissime e spesso violentemente contrastanti: Ménard l'entusiasta cultore della patologia tubercolare, l'analizzatore profondo dei sintomi clinici, l'idealista appassionato, talora fanatico nel perseguire la sua mèta: la perfezione dell'Istituto a lui affidato, l'«Hôpital Maritime». Calot spirito eminentemente sintetico, fattivo, pieno di originalità, di adattabilità, esuberante di senso pratico, divulgatore efficace e combattivo dei suoi metodi.

Con due uomini di questa fatta Berck non poteva mancare di aver fama mondiale, e da queste due scuole trae origine buona parte delle pubblicazioni sulla patologia, sulla clinica, sulla terapia delle affezioni tubercolari chirurgiche. I violenti contrasti hanno servito ad acuire lo spirito di indagine e sono stati fecondi di ammaestramenti.

Nell'ultimo quindicennio le due scuole hanno sentito il bisogno di rivolgere le loro difese verso un comune avversario formidabile e felice; la scuola elioterapica di Rollier, che con novello impulso di fede e di lavoro ha rivoluzionato il campo della terapia tubercolare chirurgica.

Tuttavia Berck giunta alla sua maturità piena e vigorosa può continuare l'opera di assistenza ai suoi 10,000 pazienti, anche se i due campioni che l'hanno fatta conoscere al mondo sono sul declinare della loro attività. In effetto Ménard si è ritirato dall'«Hôpital Maritime» (di cui è pur sempre chirurgo onorario, mentre un suo ex interno, il Dr. Sorrel, è stato chiamato quale chirurgo capo) — e Calot dedica molto del suo tempo alla sua clinica di Parigi.

Il clima di Berck è senza dubbio eminentemente tonico e stimolante, ma non è a credere che il sole sia largo dei suoi sorrisi a questa spiaggia immensa battuta dalle maree e dai venti dell'oceano che vi mantengono una temperatura fredda fino ai mesi estivi. Le differenze di abitudini terapeutiche fra Berck e Leysin si comprendono facilmente quando si sia vissuti un po' nell'uno e nell'altro ambiente: a Berck non si può far calcolo sopra una sistematica elioterapia e si è indotti a servirsi degli altri sussidi ortopedici che permettano ai malati di fare ciò che Rollier a Leysin può ottenere con maggior facilità.

A Leysin il sole, l'aria, la luce vanno a cercare il malato ovunque; a Berck il malato deve andarlo a cercare sulla spiaggia ed abbisogna di apparecchi di contenzione e protezione che a Leysin sono inutili.

Del resto anche a Berck in questi ultimi anni è diminuito l'uso dei grandi apparecchi gessàti e si tende ad ottenere l'immobilità dei pazienti con corsetti di tela analoghi a quelli usati a Leysin.

Sulla spiaggia sconfinata di Berck le vetturette dei malati corrono sulla fine arena sempre bagnata e rassodata dal ritmo biquotidiano delle maree, e così i pazienti sferzati dalle raffiche dei venti dell'Oceano attivano i loro ricambi cellulari e traggono i vantaggi curativi di cui Berck va altera.

***

Ma quanto più efficace sarà la cura della tubercolosi chirurgiche sulle nostre spiaggie dove a lato della aeroterapia i malati possono fare della elioterapia sistematica tanto quanto a Leysin; dove insomma si possono sommare i vantaggi dei due metodi quello di Berck e quello di Leysin!

Già nel giugno 1914 (1) riferendo i risultati di mie esperienze elioterapiche alla montagna mi auguravo che in Italia sorgessero ospedali elioterapici, poichè nessun paese d'Europa può forse trovare le felici condizioni climatiche dalle quali noi siamo favoriti.

Noi abbiamo molto più che a Berck la facilità di mettere nostri pazienti in prossimità assoluta del mare in modo da fruire della assoluta purezza dell'aria. Le nostre sabbie asciutte sono certo preferibili alla sabbia di

(1) Policlinico, n. 26 e 28, 1914:
Dott. ATTILIO MAFFI. *Sulla pratica della elioterapia.*
ID *La tecnica della elioterapia.*

Berck sempre bagnata dalle maree. Non esiste in Italia una spiaggia sconfinata come quella della Manica, appunto perchè da noi le maree sono trascurabili, ma noi possiamo offrire ai pazienti un retroterra molto più confortevole che la deserta regione delle dune che limita la spiaggia di Berck. Le nostre spiaggie sono fiancheggiate da belle foreste che danno al paesaggio un fascino incantevole, che proteggono dall'invasione delle sabbie, che possono dare frescura nei mesi estivi, e che offrono conforto estetico all'animo del paziente troppo provato da lunghi mesi ed anni di cura.

Certo noi non abbiamo finora nessuna costruzione nè alcun impianto che possa paragonarsi all'« Hôpital Maritime » di Berck; ma perchè non si potrebbe costruire qualche cosa di altrettanto pratico e rispondente ai bisogni della terapia antitubercolare?

La tubercolosi chirurgica non deve più curarsi nelle sale comuni degli ospedali: quivi essa crea ingombro con degenze eterne e con dispendio gravissimo, con danno e pericolo pei malati prettamente chirurgici e senza risultati positivi finchè poi si giunga attraverso una sequela di piccoli interventi inutili alla cronicità assoluta ed ineluttabile oppure a mutilazioni disastrose.

I metodi di indagine clinica e di terapia per le tubercolosi chirurgiche si staccano talmente da tutte le mansioni chirurgiche abituali che solo il medico specializzato vi si può dedicare con passione e con speranza di buon successo.

La chirurgia moderna ha come caratteristica la rapida rotazione dei pazienti nelle sale ospedaliere, mentre per la tubercolosi è necessaria l'azione del tempo associata a quella di una speciale igiene climatica ed al trattamento locale appropriato specializzato.

I malati di forme tubercolari ossee, articolari, ghiandolari si sentono a disagio in confronto dei malati prettamente chirurgici, e ciò li porta alla indisciplina. Raccolti e curati in appositi istituti divengono docili e pazienti traendo esempio l'uno dall'altro per persuadersi alla sorte poco gradita di una cura lunga e monotona.

L'Italia potrà con facilità mettersi alla testa di tutte le altre nazioni nella nobile gara per la cura delle tubercolosi chirurgiche, perchè essa ha più di tutti gli altri paesi di Europa le condizioni ideali di clima. Occorre solo intraprendere con entusiastico ardire e con devozione filantropica il rinnovamento dei nostri istituti di cura marina per colmare una delle più gravi lacune della nostra organizzazione ospedaliera.

Berck Plage, luglio 1920.

Dott. ATTILIO MAFFI.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE CLUSONE (BERGAMO)

La perforazione intestinale da ascaridi lombricoidi.

Dott. P. GILBERTI, chirurgo e dirigente.

Alla famosa comunicazione che nel 1877 il Sangalli faceva al Congresso di Ginevra sulla perforazione intestinale dovuta all' ascaride lombricoide, seguivano parecchi lavori specialmente francesi e nazionali sopra l'argomento fino allora poco studiato ed in genere sopra tutta la patologia dei vermi intestinali in rapporto agli accidenti da essi creati nella chirurgia infantile.

Fra le più note pubblicazioni posso così citare quelle dell'Archambault (1883), del Cima (1893), del Loyral (1896), dell' Arault (1897), quelle del Cattaneo, del Radaelli, del Raffaelli e del Feltmann dal 1901 al 1908, il noto e completo studio del Brun (1912), le più recenti memorie del Railliet, del Magrassi (1911) e del Canelli (1917), è finalmente la recentissima nota del Bellantoni (1919). In questi lavori vennero variamente illustrate tutte le complicanze chirurgiche dell'ascaridiosi. Pertanto anche le più interessanti questioni che si connettono coll'argomento vennero prese in esame e specialmente le questioni a proposito della perforazione dell'intestino dovuta al verme, e che io esprimo qui sotto forma di due domande rispondendo alle quali intenderei di portare il mio contributo alla patogenesi di questa importantissima complicanza ancora poco nota, e da alcuni addirittura non ammessa, nonchè alla casistica, avendo avuto occasione di operare due bambini affetti precisamente da perforazione intestinale attribuibili all'opera dell'ascaride lombricoide per le ragioni che andrò esponendo. Ecco le due domande sull'argomento che mi sono prefisso di trattare:

a) L'ascaride l. ha la capacità di perforare la parete intestinale?

b) Tale perforazione si effettua solo nel cadavere o anche durante la vita?

CASISTICA PERSONALE.

1° CASO. *Ascesso della parete addominale da perforazione dell' intestino per elmintiasi.* — Bambino d'anni 6. Entra in ospedale d'urgenza con diagnosi di *flemmone dell'addome.* *Anamnesi.* — Genitori vivi e sani. Nulla di ereditario: ha due altri fratelli sani. Non fu mai ammalato se non di morbillo a 4 anni.

Dieci giorni prima di entrare in Ospedale la madre del bambino accortasi ch'egli era leggermente indisposto, gli fece prendere le solite polverine vermifughe di calomelano e santonina il cui effetto fu pronto, espellendo

il piccolo ammalato una diecina di lombrici in tre scariche. Dopo quattro o cinque giorni il bambino che non era mai stato perfettamente bene, incominciò ad accusare su tutto l'addome, più specialmente sul quadrante inferiore destro forti dolori da costringerlo a letto. Nuovi purganti: ordinati questa volta dal medico condotto il quale prima non era stato chiamato. Il medico condotto due giorni prima di inviare il bambino all'Ospedale s'accorse dell'esistenza di una tumefazione arrossata e dolente sul quadrante inferiore destro in prossimità dell'ombelico: le sue dimensioni erano quelle di una noce o poco più.

All'*esame obbiettivo*, all'entrata in reparto, si rileva infatti la detta tumefazione al posto descritto e cogli stessi caratteri, all' infuori delle dimensioni che sono aumentate tanto da renderla pari a quella di un mandarino circa: fluttuazione evidentissima, edema circostante piuttosto esteso a base della raccolta larga e fissa. Addome non eccessivamente meteorico — non ascitico: discretamente trattabile. Tutti gli altri reperti sono normali, all'infuori di qualche ghiandola linfatica ingrossata agli inguini. Condizioni generali discrete.

Atto operativo. — Con diagnosi incerta, in narcosi eterea intervengo mediante incisione paraombelicale destra la quale cade precisamente lungo il diametro maggiore della tumefazione. Svuotato quasi del tutto il pus (avendone lasciata una piccolissima quantità come traccia per ricercarne l'origine) rilevo che mentre la massima quantità della raccolta purulenta è precisamente compresa fra la cute e l'aponeurosi del muscolo retto, una via tortuosa scavata nella compagine del muscolo stesso, conduceva attraverso un'apertura più ampia nella cavità addominale dove come fondo della vasta cavità purulenta, fissata tutto all'intorno da aderenze recenti e sanguinanti appare la parete intestinale scontinuata da cui era fuoriuscito un ascaride lombricoide ed un altro era per metà nel lume intestinale. Dalla stessa lesione di continuo si nota un gemizio di contenuto intestinale che aveva dato aspetto ed odore speciale al pus svuotato. Fatta la *toilette* della ferita e del fondo di essa, zaffo accuratamente con garza sterile. Dopo 72 ore passo senz'altro alla medicazione a piatto, lavando previamente e metodicamente con acqua ossigenata 2 volte al giorno, per circa 10 giorni, dopo i quali in breve avviene la guarigione completa.

CASO 2°. — *Peritonite purulenta acutissima per perforazione intestinale da ascaridi lombricoidi*. — Bambina di anni 7. Entra in ospedale con diagnosi di peritonite purulenta acuta.

I genitori narrano che la bambina *soffre ordinariamente di vermi* e che del resto non è mai stata seriamente ammalata. La malattia attuale daterebbe da circa otto giorni. Iniziò *coi soliti vermi*: passati questi (dicono circa una trentina in parecchie scariche) la bambina invece di star meglio fu colta improvvisamente da dolore acutissimo al ventre.

L'*esame obbiettivo*, al momento dell'ingresso in ospedale, dà i risultati seguenti:

Colorito della cute pallido: aspetto generale di persona sofferente — *facies abdominalis* — decubito dorsale obbligato, arti inferiori semiflessi, estremità fredde: madide di sudore, polso facilmente depressibile, frequentissimo 148 pulsazioni al minuto, respirazione superficiale 36 R., temp. 36.7. Nulla ai polmoni, ed al cuore.

Addome. — Tumefatto, dolente, meteorico, sui quadranti superiori, vene superficiali dilatate, ottusità completa sui due quadranti inferiori. Nella fossa iliaca sinistra si sente alla palpazione un tumore in forma di un uovo di gallina a direzione dall'alto al basso e da fuori in dentro. Al minimo tentativo di esplorazione dell'addome la bambina emette alte grida di dolore. Alvo chiuso da tre giorni, è incominciato il vomito da qualche ora, emette dalla bocca un lombrico.

Questi sintomi mi autorizzano a pensare che la forma peritonitica dipenda da perforazione dell'intestino per opera degli ascaridi lombricoidi.

Con tale supposizione diagnostica pratico la laparotomia d'urgenza.

Operazione. — Incisione laparotomica laterale pararettale sinistra. Viene pertanto aggredita direttamente la tumefazione che occupa in basso il quadrante inferiore sinistro. Aperto il peritoneo parietale si svuota sotto pressione un' abbondante raccolta purulenta generalizzata a tutta la cavità addominale di odore fecale pronunziatissimo. Svuotata accuratamente la raccolta e detersa la cavità peritoneale, esteriorizzo la tumefazione cui ho accennato la quale in realtà è di dimensioni doppie di quelle descritte nella sintomatologia. Essa è costituita da un aggrovigliamento di anse intestinali iperemiche e meteoriche fissate fra di loro mediante aderenze recenti.

La superficie di questo tumore formato dalle anse intestinali è ricoperto da essudato fibrinopurulento raccolto in piccoli ammassi. Appena staccate in parte due anse di questo aggrovigliamento a cui non mancano i caratteri infiammatori delle forme acute, è facile rendersi conto della vera entità della lesione in atto, consistente appunto nella perforazione di entrambe le pareti fra loro accostate dalle due anse aderenti. Se è lecito, direi d'essermi trovato dinnanzi ad una specie di enterostomosi laterolaterale spontanea... patologica. Tre vermi aggrovigliati fra di loro si trovano ad occupare una specie di doccia, aperta da me per il parziale distacco delle due anse a cui più sopra ho accennato. Giunto a questo punto dell'operazione, anche per le condizioni dell'ammalata che sembrano aggravate, zaffo tutto all'intorno del pacchetto intestinale esteriorizzato in modo che resta ben isolato, dalla cavità peritoneale, zaffo pure la doccia in cui ho trovato i vermi per modo che restano così medicate anche le due perforazioni intestinali e procedo con rapidità alla sutura parziale della ferita laparotomica.

Dopo 7 ore avviene la morte della piccola operata.

Autopsia. — La cavità peritoneale contiene ancora lieve quantità di pus. Nello stomaco e nell' intestino si rinvengono complessivamente ancora 14 vermi. Non havvi però nessuna alterazione rilevabile della mucosa all'infuori di una intensa iperemia, quindi va esclusa qualunque traccia di ulcerazione antica o recente: all'infuori poi di una forma

di peritonite adesiva a cui devesi l'aggrovigliamento intestinale descritto e la divisione della cavità peritoneale in qualche loggia secondaria, non vi sono a carico dell'intestino che le due descritte perforazioni.

Diagnosi anatomo-patologica. — Peritonite acuta purulenta per perforazione intestinale da ascaridi.

***

L'Henoch, nel suo *Trattato di Pediatria*, nel capitolo dedicato alle complicanze dell'ascaridiosi, escluderebbe da queste la perforazione intestinale. Egli scrive:

«. . . . per conto mio non posso prestar «fede alcuna a questo modo d'uscita (dall'in- «testino) del verme e cioè per dissociazione «degli elementi del tessuto intestinale ... e che «l'ascaride per mezzo delle sue labbra «*ar- «mate di denti*» sia in grado di corrodere la «parete perforandola. Credo piuttosto che in «tutti i casi in cui si trovano nel cavo peri- «toneale degli ascaridi questi siano usciti «dall'intestino attraverso ad una apertura ul- «cerosa, o già comunicante con un focolaio «saccato di peritonite o ancora protetto da «sottile velamento peritoneale... i vermi vi «penetrano (nell'ulcera) o vengono a trovarsi «nell'ascesso, senza aver contribuito per nul- «la alla sua formazione».

Ed ora, prima di esporre il caso del Sangalli su cui è in gran parte basata la tesi contraria sostenuta da prima dal Rayer, mi piace di accennare ad una teoria di molto valorizzata che si stacca addirittura dall'affermazione dello stesso Rayer e dalla negatività dell'Henoch.

Si ammetterebbe cioè che al pari di altri vermi l'ascaride lombricoide abbia una larva che allorquando è matura, essendo sottilissima, e dotata di movimenti celerissimi, può farsi strada attraverso i tessuti senza lasciar traccia visibile del suo passaggio.

Il Davain avendo raccolti 15 casi in cui gli ascaridi lombricoidi erano nel peritoneo e solo in tre casi aveva potuto constatare la reazione peritoneale, venne nella conclusione che la maggior parte dei vermi era forse uscita allo stato di larva, oppure *post-mortem*.

***

Dal caso classico del Sangalli. — Ragazzo di 10 anni morto di *noma*. — *Autopsia.* Nella cavità peritoneale si rinvennero 5 ascaridi lombricoidi liberi fra le anse instestinali, un altro ascaride era invece talmente avviluppato nelle piegature dell'epiploon, sotto la curvatura dello stomaco da esserne levato con difficoltà. Ma interessa maggiormente il fatto che nel cul di sacco dell'epiploon fra stomaco e milza si rinvenne uno di questi vermi racchiuso in una cisti per modo tale che per levarlo fu d'uopo aprire la cisti stessa dalla quale fuoruscì un liquido torbido contenente cellule di pus. Anche coll'esame microscopico si mise tosto in evidenza che le pareti della cisti erano costituite dal tessuto dell'epiploon. In tali condizioni si può quindi argomentare con certezza che il verme si sviluppò in una ripiegatura dell'omento e che quantunque vi fosse stato inoperoso ed avvolto su se stesso, bastò la sua presenza per suscitare una leggera reazione infiammatoria nei tessuti vicini e tale reazione diede origine alla proliferazione del tessuto connettivo e per conseguenza alla capsula di nuova formazione, ad una cisti colle qualità di una membrana piogenica secernente il pus trovato nel suo interno. Le ricerche che furono poi fatte sulle ulceri riscontrate nell'intestino non lasciarono scoprire nessuna traccia di un processo tifico o tubercolare: d'altra parte il loro numero uguale a quello dei vermi riscontrati nel peritoneo conferma l'integrità anteriore della mucosa intestinale. Queste condizioni, osserva il Sangalli, permettono di credere che la perforazione da parte degli ascaridi delle tuniche intestinali non precedentemente alterate è scientificamente stabilito.

Perciò, egli conclude, se nei casi del Pinnoy e del Rayer la peritonite e lo spandimento delle materie fecali mettono fuori di dubbio la fuoruscita degli ascaridi durante la vita e nel mio caso la cisti è una prova del fatto.

Considerazioni pratiche.

È stato primo il Rayer a sostenere che la perforazione intestinale poteva essere prodotta anche direttamente dagli ascaridi, basandosi sopra un'osservazione personale.

A conforto di questa teoria oltre al caso testè riportato dell'illustre anatomopatologo di Pavia, hanno valore quelli del Variot e dell'Arrault, del Canelli, del Bellantoni. Vi aggiungerei le mie due osservazioni personali, molto più che di una di esse ho potuto raccogliere il reperto necroscopico.

Sull'argomento abbiamo dunque tre ipotesi alle quali contrastano le osservazioni citate. Esse sono:

1ª La presenza degli ascaridi lombricoidi nel peritoneo del cadavere, devesi ascrivere ad un fatto svoltosi *post-mortem* specialmente quando non vi siano reazioni peritoneali.

2ª La presenza degli ascaridi lombricoidi nel peritoneo vivente può ascriversi ad un fatto svoltosi fuori dell'intestino in virtù del passaggio della larva matura attraverso le

pareti intestinali e sviluppatosi in seguito nel caso peritoneale.

3ª La presenza degli ascaridi lombricoidi nel peritoneo del vivente devesi sempre ascrivere a pregresse ulcerazioni dell'intestino.

Contro la prima parte della prima ipotesi ha valore assoluto il caso del Sangalli: esso è tipico in forza dei fatti fisiopatologici che sono già stati descritti: *la formazione della cisti e la presenza della membrana piogenica; i fatti reattivi in genere sviluppati intorno al verme*, fatti fisiopatologici che non possono naturalmente verificarsi se non *in vita*.

Il caso del Variot è assai conforme a questo: vi corrisponde come fatto svoltosi prima della morte la formazione dell'ascesso fra le asce intestinali e nel quale nuotava il lombrico.

Rispondere contrariamente alla seconda parte è difficile poichè manca per ora la casistica, mentre invece è molto facile convincersi che la fuoruscita del verme dall'intestino del cadavere torna tanto più naturale se si tien presente che l'ostacolo creato dall'intestino del cadavere è nullo in confronto di quello dovuto alla resistenza offerta dall'intestino dell'uomo vivente.

La seconda ipotesi come dissi va poi valorizzandosi in virtù della teoria del Perroncito, secondo la quale la larva dell'ascaride lombricoide parimenti che quella di altri vermi, essendo dotata di movimenti assai vivaci e rapidi, per di più essendo anche molto sottile con diametro di 2 μ, lungo appena circa 2 mm., può benissimo farsi strada attraverso i tessuti senza lasciar traccia del suo passaggio: esempio, la trichina che emigra dall'intestino nei muscoli.

Però i miei due casi e quello del Canelli specialmente, in cui viene messa in rilievo l'esistenza di una fistola stercoracea si oppongono alla teoria del Perroncito. Cioè il pus che aveva odore fecale nel mio primo caso e la fistola intestinale a cui tassativamente dà rilievo il Canelli nel suo, stanno infatti a dimostrare che il verme non poteva essersi sviluppato fuori dell'intestino: che se così fosse eventualmente successo la lesione intestinale la perforazione dirò meglio, non si sarebbe certamente riscontrata.

La terza ipotesi è di maggior interesse sia dal lato pratico che dal lato scientifico.

Il Sangalli a conclusione del suo studio si esprime dichiarando essere scientificamente constatato che la perforazione delle tuniche intestinali è possibile da parte degli ascaridi lombricoidi senza che vi siano state in antecedenza delle lesioni dell'intestino.

È ben vero che in contrapposto non pochi autori escludono che l'a. lombricoide abbia la capacità di perforare, perchè non vorrebbero considerare come apparecchio perforante le tre labbruzze muscolari a mezzaluna ed i denti finissimi della sua estremità anteriore, ma si vuol ammettere che il lombrico, secondo una importantissima comunicazione di Weinberg che risale appena ad una diecina d'anni fa, è capace di fissarsi alla mucosa dell'intestino sulla quale produce delle alterazioni allo stesso modo con cui esso altera i vasi sanguigni da cui si nutre e per conseguenza anche la sottomucosa. Ciò posto, pur escludendo che il verme sia capace di una perforazione diretta, non è difficile immaginare che possa verificarsi piuttosto una perforazione che chiamerei *indiretta*. Essa avverrebbe in seguito alla presenza ed alla fissazione del verme all'intestino, presenza e fissazione di un essere che essendo in contatto colla flora batterica riesce a formare un ascesso che se pur piccolo sarà sempre distruttivo: ad esso potrà quindi far seguito come conseguenza della naturale esclusione dei fatti infiammatori una ulcerazione, quindi la perforazione in forza delle stesse alterazioni concomitanti e distruttive, infettive e necrotiche che si conoscono dalla istopatologia generale.

In complesso si può esporre nel modo seguente il fenomeno della perforazione dovuto all'ascaride lombricoide:

1° *Fissazione dell'asca sulla mucosa intestinale.*

2° *Nutrizione del parassita a spese del sangue della mucosa.*

3° *Setticità e virulenza del verme a contatto della flora intestinale.*

Per cui si stabiliscono: *a) la ferita della mucosa; b) l'inoculazione del virus infettante nella mucosa stessa; c) l'ascesso, i fatti necrotici e distruttivi; d) la perforazione.*

Il mio primo caso essendo passato a guarigione non può certamente, anche perchè la anamnesi è oscura ed incompleta, avere quel valore che invece presenta il secondo, il quale essendo stato seguito da morte venne studiato al tavolo anatomico e le sue lesioni intestinali esaminate in preparati istologici.

In virtù di queste osservazioni il mio contributo allo studio della teoria del Rayer acquista tale valore da rendermi possibile argomentare anche in favore dell'ipotesi secondo la quale si è supposto che l'apparato *labbio dentale* dell'ascaride lombricoide è sufficiente a perforare l'intestino.

Così se antecedentemente ho esposto tutti i fatti successivi che in forza della istofisi-

tologia si possono razionalmente ammettere dalla presenza e dalla fissazione dell'ascaride alla perforazione intestinale in via *indiretta*, l'aver espletato le ricerche più necessarie ed importanti nel mio secondo caso, mi è lecito supporre anche che la perforazione siasi stabilita in via diretta per opera del verme.

Giungerei cioè ad una tale supposizione perchè non mi fu possibile mettere in rilievo tutti quei fatti reattivi circostanti alla perforazione che avrebbero dovuto accompagnarla se questa invece di essere l'effetto diretto dell'opera perforatrice di un lombrico, fosse stata invece unicamente ed esclusivamente il tardo effetto di alterazioni secondarie e lente dipendenti dalla sua presenza, dalla sua fissità, dal suo contatto coi batteri del tubo intestinale.

Rispondendo ora alle due domande poste al principio del presente studio, mi sembrerebbe poter concludere nel senso di ritenere:

a) possibile da parte dell'ascaride lombricoide la perforazione dell'intestino;

b) e che tale perforazione si verifica anche nel vivo.

BIBLIOGRAFIA.

PERRONCITO. Giorn. R. Accad. Med., Torino, marzo 1912.

BRUN. *Le complicazioni da ascaridi nella chirurgia infantile.* Policlinico, Sez. prat., ottobre 1912, fasc. 41.

RAFFAELLI. *Un caso di occlusione intestinale da ascaridi simulante l'appendicite.* Boll. Ass. Medico-chirurgica. Parma, 1904.

BELLANTONI. *Un caso di ascaridi lombricoidi fuoriusciti dall'ombelico.* Policl., Sez. prat., fasc. 12, 1919.

FELTMANN. *Des accidents chirurgicaux le plus fréquentes dus aux ascarides lombricoïdes.* Thèse de Paris. Jouve, éd., 1908.

CHATELIN. *Lombrics dans une hernie ing. chez un enfant.* Le Clinique inf., 1910, 10 oct.

SANGALLI. Comunicazione al Congresso di Ginevra, 1877.

ARRAULT. *Des perforations intestinales par les ascarides lombricoïdes.* Archives de médecine des enfants, 1897.

CANELLI. *Ascesso della parete addominale da perforazione dell'intestino per elmintiasi.* Giorn. di med. mil., 31 dic. 1917.

VARIOT. *Perforation intest. par un ascaride.* Journ. de clin. et thérap. infant., 1902.

Il fascicolo 12 (15 dicembre) della nostra SEZIONE CHIRURGICA conterrà:

GINO BETTAZZI: **Ulcere tubercolari simmetriche delle commissure labiali.**

LUIGI CEVARIO: **Contributo allo studio dei tumori misti delle ghiandole salivari.**

GIUSEPPE FANTOZZI: **Sulla osteomielite acuta delle coste da comuni piogeni.**

RIVISTE SINTETICHE.

Gli emoconi.

Dott. MARIO BATTAGLIA, libero docente della Regia Università di Napoli.

Per un certo confusionismo, che sta nascendo circa il criterio morfologico e clinico degli *emoconi*, credo non inutile, prima che esponga le mie ricerche al riguardo, brevemente ricordare quanto attualmente si conosce su questo argomento. Fu il Müller H. F. (1) che pubblicò le sue ricerche nel *Centralb. für all. Path.*, Bd. 7, 1896, a pag. 529, intitolandole *Uber einem bisher nicht beobachten Formenbestandtheil des Blutes*, e dopo averle descritte chiama queste forme corpuscolari *Blutstäubchen*, o *emoconi*, vocabolo greco, come vedremo, che traduce bene il concetto dell'osservatore. Secondo il Müller questi corpuscoli di forma rotonda ordinariamente della grandezza di 1 μ, incolori, rifrangenti, animati di rapidi movimenti browniani, che si osservano nel campo microscopico in un preparato a fresco di sangue, non sono costituiti di grasso e non hanno alcun rapporto con la coagulazione della fibrina.

Così pure un anno dopo li descrivono alcuni clinici, e fra questi lo Stokes e Wegefarth (2), aggiungendo (fatto importante) che gli emoconi del sangue normale diminuiscono nell'inanizione e nelle cachessie si osservano raramente nel sangue circolante, mentre sono numerosi nella malattia dell'Addison. Così comincia il nome ed il fatto constatato dal Müller H. F. ad entrare nell'osservazione clinica, portando però con sè il peccato di origine della loro natura. Invero essendo stato posto dal primo osservatore, come carattere più saliente di questi corpuscoli, la loro piccolezza ed il loro movimento speciale, era naturale che si dovevano confondere da questi caratteri, come appresso diremo, molti corpuscoli piccoli e mobili, che si osservano nel campo microscopico di un preparato a fresco di sangue, quando altre osservazioni cliniche e biologiche ci fanno escludere determinatamente gli emoparassiti conosciuti sinora.

Nicholls (3), nel 1898, studiando questi emoconi, li ritenne come granulazioni neutrofile ed eosinofile (importante anche questa osservazione perchè, a parte il dubbio che fa sorgere sulla diversità chimica di questi corpuscoli osservati nel sangue, accerta una diversa reazione nella loro colorazione) uscite dai leucociti e per questo egli attribuì agli emoconi una importanza biologica per l'immunità dell'organismo animale.

Stengel (4), nel 1899, osservando e studian-

do gli emoconi, crede che siano semplicemente prodotti da frammentazione dei cruórociti.

D'allora in poi cominciano gli emoconi ad attirare l'osservazione dei fisiologi e dei patologi, e sopratutto dei clinici, per vedere quale importanza avessero in relazione alle condizioni fisiologiche e patologiche, anche in rapporto ai diversi organi ed apparecchi e di che natura essi fossero. Così si può dire che non è libro di fisiologia, di patologia e di clinica che non accenni per lo meno, anche di volo, agli emoconi, e sempre si ritrova un concetto indeciso e sulla loro forma e grandezza e sulla loro natura. Tale indecisione si nota pure nelle diverse comunicazioni fatte sugli emoconi nelle diverse riunioni di società mediche, sino ai nostri giorni. Così mentre il Grawitz (5) appena ne accenna, il Sahli (6), nel suo manuale, brevemente dice che gli emoconi, o pulviscoli del sangue, si trovano sempre nel sangue e nel siero, come granuli piccolissimi dell'ordine di grandezza dei più piccoli batterî, e si discute ancora sulla loro natura; gran parte di essi consta in generale di grasso, però essi per lo più si colorano con le sostanze coloranti nucleari tanto da crederli derivati dalla nucleina; altri ancora pensa che possono derivare dalle granulazioni dei leucociti. Nè meno tanto si diffonde il Nägeli (7).

Janin e Levant (8), a proposito del valore della ricerca degli emoconi, per giudicare lo stato del fegato durante il decorso del puerperio, in un caso di ittero catarrale benigno, dopo l'ingestione di burro, all'ultramicroscopio, hanno osservato nei preparati del sangue numerosi emoconi. Mentre in un caso di vomito incoercibile con lesione del fegato ed in un caso di ittero, consecutivo a grave infezione puerperale finito con la morte, invece gli emoconi non si osservano nei preparati del sangue, visti all'ultramicroscopio.

Nobecourt e Maillet (9) hanno osservato sempre nei preparati del sangue dei bambini lattanti, e che digerivano bene, numerosi emoconi; mentre rari o nessun emoconio si osservava nel sangue dei bambini nutriti con brodo di legumi o a dieta liquida, ed in quello dei bambini cachettici o dei bambini che soffrivano disturbi digestivi, anche durante o dopo la dieta lattea.

Anche l'Ascoli (10), nel suo trattato sulla *Malaria*, accenna brevemente gli emoconi, senza punto fermarsi a descriverli o a rilevarne la loro importanza clinica, anche solamente in relazione all'infezione dovuta all'ematozo.

Ultimamente il dott. Zibordi (11) riferisce alla Società medica di Modena che usando l'ultramicroscopio, ricercando gli emoconi nel sangue dei neonati e sperimentalmente anche in quello di conigli giovanissimi, durante cioè il tempo che gli elementi morfologici del sangue hanno la massima vitalità ed integrità, potè costantemente osservare in questo sangue a miriadi gli emoconi estraglobulari ed anche, nei primi 8-10 giorni di vita, intraglobulari in alcuni globuli rossi (senza poi determinarne la natura nè la reazione ai colori). Il dott. Zibordi poi avrà certamente le sue ràgioni sperimentali per dire che ha per il primo osservato gli emoconi intraglobulari; mentre dal primo osservatore a tutti gli altri, che si sono seguiti, gli emoconi sono sempre estraglobulari.

Purtroppo le formazioni piccole o piccolissime, che in vario modo si colorano e che reagiscono ad alcuni sali metallici, che si osservano entro i globuli rossi, anche nei preparati a fresco, più o meno mobili, hanno fatto sorgere molte ipotesi, più o meno possibili, ed esiste oramai tutta una letteratura a cominciare dal Petrone a finire agli ultimi lavori del Golgi!

Comunque il dott. Zibordi dalle sue osservazioni può dedurre che la natura degli emoconi, pure essendo prevalentemente grassa, non possa però nell'età in cui ha studiato il sangue, pensarsi unicamente tale; oltre che per le differenti colorazioni vitali che assumono, anche per i loro differenti caratteri morfologici di rifrangenza e di dimensioni.

Paul Portier (12) confondendo in uno gli ematoblasti, gli emoconi e le globuline, dice che sarebbero tutte forme circolanti dei simbiotici mitocondri. Queste globuline tutte, che si presentano ora rotonde ora ovalari ora allungate, reagiscono alla colorazione come la cromatina dei protizoi e come i mitocondri (per lui assolutamente microparassiti endocellulari).

Courmont e André (13) nel 1908 sarebbero riusciti a coltivare *in vitro* queste globuline.

Retter (14) ammette che queste globuline rappresentano la fase ultima dell'evoluzione dei condromi, che sono forme degenerative della porzione figurata del citoplasma e quindi incapaci di una nuova evoluzione progressiva.

Mi pare così che ce ne sia abbastanza, riferendo brevemente le tappe che ha fatto il concetto morfologico, biologico e clinico degli emoconi, anche per il criterio dello spazio di questa sezione Pratica.

Sin dal 1903, osservando numerosi preparati di sangue dell'uomo sano o ammalato per diverse e svariate malattie costituzionali, croniche, acute ed infettive e di animali (cavallo, cani, conigli, gatti, cavie, topi, di diverse razze, pipistrelli, uccelli diversi e pesci) sani o

con infezioni sperimentali o naturali, notava fra i costituenti normali e patologici di questi sangui, piccole particelle rotonde, di cui alcune vere ameborciti, più o meno rinfrangenti la luce, mobili alcuni con movimenti browiniani, altri con movimenti, ameboidei rapidi, della grandezza da ¼ μ arrivavano sino a 4 microni. Nei preparati colorati del sangue questi corpicciuoli (tanto in quello dell'uomo che in quello di diversi animali allo stato normale o patologico) alcuni non si coloravano, altri pigliavano i colori basici o quelli acidi ed alcuni anche, e questo succedeva solamente nel sangue da infezione da emoparassiti, con un piccolo alone basofilo, facevano osservare una vera sostanza cromatica centrale.

Questa osservazione che nei preparati a fresco ed in quelli colorati si aveva anche nel sangue dell'uomo affetto da malaria o da sifilide ed in quello di animali affetti da tripanosomiasi, disorientò fortemente in primo tempo le mie ricerche; ma, mano mano, paragonando diversi sangui, tanto dell'uomo che degli animali allo stato fisiologico, osservando ed a fresco che in preparati colorati in diverse ore del giorno, mi potei convincere che nel sangue circolante esistono delle particelle corpuscolari di sostanze lipoidi e di grassi, infatti basta una bevuta di latte che nel sangue dell'uomo e del cane, in generale dopo i pasti, questi corpicciuoli si osservano numerosi; molti si colorano in bruno coi vapori dell'acido osmico ed in rosso col Sudan III, ed altri con i colori basici. S'intende sempre nell'osservazione dei preparati di sangue col microscopio comune; non parlo degli altri corpicciuoli e numerosi, che si notano in campo oscuro, come in tutti i liquidi, che contengono sostanze colloidali. Sicchè dopo migliaia di osservazioni posso venire alla conclusione che in seguito ai pasti circolano nel sangue dell'uomo e degli animali particelle piccolissime dotate di movimenti browniani, di sostanze grasse e di lipoidi e che nelle infezioni circolano particelle simili, prodotte forse da lipoidi o da nucleolisi, tanto dei linfociti dei cruorociti e delle piastrine, e anche fra questi corpuscoli esistono veri corpuscoli ameboidei, forse in istretto modo legati al protozoo ed in generale al microbo patogeno.

Tale criterio e tale risultato non pubblicai, considerando che in vero il reperto, visto da altri ematologi e clinici molto competenti, è ben definito colla parola « emoconio » che dice una congerie di fatti non determinando nulla ancora e credo anche in appresso; come che varia ne è la produzione di questa sostanza corpuscolare, che circola nel sangue, che va dal granulo del lipoide, al grasso, al prodotto di nucleo-plasmo-citolisi sino al vero corpuscolo ameboideo.

Ora però che alcuni clinici e molto sperimentati, stranieri e nostrani, specialmente dopo il lavoro del Cottin (15) vogliono dare agli emoconi un valore diagnostico, è bene rilevare che non sempre questi corpuscoli sono corpuscoli di grasso e, quando anche, è bene sapere che in molte malattie acute, naturali o sperimentali (dell'uomo cioè e degli animali) anche essendo intaccato il sistema biliare, intra ed estra epatico, possono circolare nel sangue emoconi, prodotti da lipoidi o da emocitolisi; cosicchè non sempre quando è soppresso l'assorbimento del grasso mancano nel sangue circolante gli emoconi. Quindi nell'esame del sangue, rilevando il fatto della presenza di emoconi, è necessario dire se questi si colorano in bruno o in nero coi vapori dell'acido osmico o in rosso col Sudan III e se e come reagiscono ai diversi colori di anilina, specialmente col Giemsa e col May-Grünwald e col Leishmann, e ricordarsi che non è tutto grasso quello che imbrunisce con i vapori osmici (Heidenhain) (16) e che la microchimica spesso dà delle illusioni e spessissimo delle disillusioni e per ora è bene non dare importanza clinica agli emoconi.

Napoli, settembre 1920.

BIBLIOGRAFIA.

(1) MÜLLER H. F. Centralb. f. allg. Path. Bd. 7, 1896, pag. 529.

(2) STOKES and WEGEFARTH. Johns Hopkins Hosp. Bull, 1897, pag. 246.

(3) NICHOLLS. Philad. Med. Journal, 1896, pag. 387.

(4) STENGEL. Textbook. of Pathol. Philad., 1899.

(5) GRAWITZ. Pathologie of the Blood., 1911.

(6) SAHLI. *Manuale dei metodi clinici da esame.* — Traduzione italiana, ediz. Vallardi, 1913, pag. 1109.

(7) NÄGELI. *Blutkrankeiten und Blutdiag.* — Leipzig, 1908.

(8) JANIN et LEVANT. Société d'obstétr. et de ginéc., Paris, 12 janvier 1914.

(9) NOBECOURT et MAILLET. Société de Pédiatrie, 12 mai, 1914.

(10) V. ASCOLI. *La malaria.* — Società Editrice Torinese, 1919.

(11) ZIBORDI. Società Medica di Modena, 1° giugno 1920.

(12) PAUL PORTIER. *Les Symbiotes.* — Masson et C., Paris, 1918.

(13) COURMONT F. et C. ANDRÉ. Lyon Médical, 1908 pag. 1355. e Comptes Rendus de la Société Biologique, 1908, pag. 805.

(14) RETTER. *De la nature et de l'origine des plaquettes sanguignes.* Comptes Rendus de la Société Biologique. 1915. T. 78, pag. 654.

(15) COTTIN F. *Études sur les Hemokonies.* — Arch. des malad. du cœur, des vais, etc., dicembre 1911.

(16) BOTTAZZI. *Chimica Fisiologica*, vol. I, pag. 137, 1902.

SUNTI E RASSEGNE.

FISIOPATOLOGIA.

Fisiologia e patologia delle funzioni vescicali.

(O. SCHWARZ. *Wien. Archiv f. m. Medizin*, n. 3, 1920).

Nelle funzioni della vescica si possono distinguere 3 periodi: di tensione, di svuotamento, di rilasciamento.

1° *Periodo di tensione*. — Il detrusore deve raggiungere una determinata tensione per potere, contraendosi, espellere il contenuto. Questa tensione è data da tre fattori: *a*) il riempimento della vescica (tensione iniziale). Quando la pressione endovescicale ha raggiunto un certo valore (variabile da individuo a individuo entro limiti larghi) avviene per via riflessa *b*) l'aumento del tono del detrusore. Quando il tono del detrusore è tanto alto, da raggiungere una determinata pressione endovescicale (pressione di apertura) si apre lo sfintere e il detrusore si contrae improvvisamente; *c*) l'azione dello sfintere. Detrusore e sfintere sono legati l'uno all'altro da rapporti riflessi. L'aumento di tono del detrusore provoca da principio un aumento di tono dello sfintere; l'aumento ulteriore del tono del detrusore provoca in seguito un rilasciamento dello sfintere che si apre lentamente. Questa lentezza nell'apertura dello sfintere, mentre il detrusore si contrae, fa sì che nel primo momento la pressione endovescicale aumenta, raggiungendo la «pressione massima» superiore alla pressione d'apertura.

2° *Periodo di svuotamento*. — Esso s'inizia con l'apertura e termina con la chiusura dello sfintere. A mano a mano che la vescica espelle il suo contenuto, diminuisce sempre più la tensione del detrusore ed aumenta per riflesso il tono dello sfintere, fino a che questo si chiude. La chiusura dello sfintere è dunque provocata dai rapporti reciproci tra la tensione di esso e quella del detrusore, perciò la fine della minzione non deve necessariamente coincidere con lo svuotamento completo della vescica. La pressione endovescicale, nonostante la quale il tono dello sfintere supera quello del detrusore, è chiamata «pressione di chiusura».

3° *Periodo di rilasciamento*. — Di solito la vescica si rilascia rapidamente. Talvolta però il rilasciamento è tardo (ipereccitabilità del detrusore).

Il processo della minzione automatica si compone dunque di 3 fasi, ognuna delle quali provoca per riflesso, quella successiva: 1) il riempimento della vescica provoca, per via riflessa, uno stato di tensione del detrusore; 2) quando il detrusore ha raggiunto una determinata tensione, vi provoca per via riflessa l'aumento di pressione endovescicale; 3) raggiunta una data pressione questa determina per via riflessa l'apertura dello sfintere.

L'educazione consiste nel subordinare questi atti agli impulsi del cervello. Gli impulsi cerebrali agiscono inibendo od agevolando il decorso dei 3 riflessi ora menzionati. Quando un individuo avverte lo stimolo ad orinare e dopo un po' questo stimolo scompare, gli impulsi cerebrali hanno inibito il riflesso: un'inibizione riflessa impedisce che lo stato di riempimento vescicale provochi uno stato di tensione del detrusore (stato che viene avvertito come stimolo alla minzione). Per via riflessa il detrusore viene dunque detonizzato. Quando, non ostante la persistenza dello stimolo ad urinare, un individuo non riesce ad urinare o perchè si trova in posizione supina, o perchè in presenza di altre persone, allora è inibito il 2° riflesso e non avviene l'aumento della pressione endovescicale. L'inibizione agisce probabilmete sul centro del riflesso. Interrompendo volontariamente la minzione prima della fine di essa, gli stimoli cerebrali agiscono sul 3° riflesso.

Quando esiste un ostacolo al deflusso dell'orina (ipertrofia della prostata) deve per compenso aumentare la pressione endovescicale; ciò avviene coll'aumento di tono dello sfintere (quindi più alte «pressioni di apertura»), in special modo però del detrusore: nei casi più gravi, con la comparsa di urina residuale in vescica. L'urina residuale non sarebbe dunque la conseguenza di un'insufficienza motoria della vescica, ma rappresenterebbe un fenomeno di compenso, tendente ad aumentare (con l'aumento del fattore «riempimento») il tono del detrusore nel periodo di tensione della vescica.

POLLITZER.

MEDICINA.

La distrofia adiposo-genitale di Froelich e l'ipofisi.

(G. BECK. *Endocrinology*, aprile-giugno 1920).

Nel 1901 Froelich osservò un giovanetto quattordicenne il quale da due anni soffriva cefalee e vomiti, mentre si determinava un'obesità rapidamente progressiva con infantilismo dei genitali. A questa sindrome Bartels dette il nome di distrofia adiposogenitale. La origine ipofisaria dell'affezione non fu generalmente accettata fino a quando Cushing ed Ashner non dimostrarono successivamente a mezzo di esperimenti che negli animali ipofisectomizzati si determina obesità ed ipoplasia genitale.

Secondo Cushing la iperplasia funzionale del lobo anteriore stimola lo sviluppo dei tessuti specialmente dello scheletro, della cute e del tessuto sottocutaneo, viceversa la insufficienza del lobo stesso arresta l'accrescimento dello scheletro e lo sviluppo sessuale. La iperfunzione del lobo posteriore pare influenzi il metabolismo generale e la sua ipofunzione aumenta la tolleranza per i carboidrati, che sono rapidamente trasformati in grasso.

Le recenti ricerche di Robertson hanno dimostrato che la iperattività del lobo anteriore determina il gigantismo o l'acromegalia a seconda dell'età del soggetto, e che la ipoattività determina adiposità o processi involutivi o di arresto di sviluppo della cute, delle ossa, degli organi sessuali e dei caratteri sessuali secondari.

Goetsch ottenne risultati e interessanti nei ratti con la somministrazione di ipofisi come alimento. L'alimentazione a base di lobo anteriore determinava aumento del peso del corpo e uno sviluppo organico più rapido e vigoroso in confronto dei controlli; lo sviluppo degli organi sessuali si compiva in un periodo di tempo inferiore di un terzo almeno e l'istinto sessuale si manifestava precocemente. L'alimentazione a base di lobo posteriore non stimola l'accrescimento, nè lo sviluppo degli organi sessuali.

Il sintomo più importante della distrofia ipofisaria è l'obesità con una distribuzione del grasso caratteristicamente definita. Esso si accumula principalmente ai fianchi, alle cosce, al basso addome, al monte di Venere, internamente all'omento e nello spazio retroperitoneale. Talvolta si accumula alle mammelle, alle spalle ed alle regioni sopra e sotto-clavicolari; ma le mani e le braccia, i piedi e le gambe rimangono sempre normali. Questo ultimo tipo di distribuzione del grasso si verifica nelle forme familiari e rappresentano sindromi intermediarie tra la deficienza tiroidea e quella ipofisaria, e sono probabilmente in rapporto a disturbi endocrini secondarî all'ipopituitarismo.

Anche caratteristiche sono le alterazioni dei tegumenti. La pelle è notevolmente delicata e bianca come l'alabastro, fredda al tatto, secca, facile ad esfoliarsi. Le mani ed i piedi sono ordinariamente piccoli.

Se l'affezione si manifesta prima della pubertà la statura rimane piccola e si arresta lo sviluppo degli organi sessuali, che possono rimanere infantili.

Hewett osserva che i sintomi delle affezioni ipofisarie possono dividersi in due gruppi: *a*) quelli dovuti agli effetti meccanici del tumore (cefalea, vomito, atrofia ottica ed emianopsia unilaterale o bilaterale temporale; *b*) quelli dovuti ad alterazione della funzione endocrina (disturbi sessuali, arresto di sviluppo, scomparsa dei mestrui, ecc., obesità, ed eventualmente diabete insipido, infantilismo).

Le forme di infantilismo legate a tumori dell'ipofisi rassomigliano a quelle descritte da Brissaud e da Lorain.

Brissaud così descrive il suo tipo: « Faccia rotonda e corta, labbra pronunziate e pendenti, naso piccolo, pelle sottile, capelli fini, palpebre corte, occhi prominenti, guancie grosse, scheletro poco sviluppato, collo tozzo, corpo lungo e cilindrico, addome prominente, depositi di grasso su tutto il corpo, pelvi infantile, lordosi lombare, organi sessuali rudimentali, niente peli per il corpo, voce esile, tiroide piccola, mentalità ridotta, ritardo di ossificazione, assenza o ritardo della seconda dentizione.

Il tipo di Lorain è il seguente: « Statura piccola, conformazione delicata, scheletro meschino, pelle sottile e pallida, spalle grosse, estremità inferiori lunghe e sottili, tronco relativamente piccolo, sterno e pelvi infantili, non adiposità, addome normale, faccia a lineamenti delicati, voce alta, collo lungo, atrofia dei genitali, mancanza o deficienza di sviluppo dei caratteri sessuali secondari ».

Nella donna la mestruazione è irregolare o mancante e se l'affezione si sviluppa prima della pubertà c'è ipoplasia dei genitali e deficiente sviluppo dei caratteri sessuali fecondari: i peli al pube spesso assumono la distribuzione mascolina.

Nei maschi la tendenza ad assumere i caratteri propri dell'altro sesso è più marcata (tendenza al ginocchio valgo, bacino slargato, pelle delicata, rotondità, piedi e mani piccole, ecc.).

Se l'affezione si sviluppa nell'adulto, le alterazioni regressive si manifestano con diminuzione o scomparsa delle funzioni sessuali e tendenza ad assumere i caratteri dell'altro sesso. La tolleranza allo zucchero è molto aumnetata. Le funzioni metaboliche sono subnormali con diminuzione della temperatura, della pressione sanguigna, polso lento e riduzione dello scambio respiratorio.

Pardec tra i sintomi delle affezioni ipofisarie descrive la cefalea che è caratteristica per la sua localizzazione, per la sua durata e persistenza, per la suscettibilità alla medicazione specifica. È localizzata fra le due tempie, profondamente dietro gli occhi e cede alla somministrazione di ipofisi, sempre che non vi sia un neoplasma. Spesso ci sono alterazioni della sacca turcica rilevabili radiologicamente.

Cushing attribuisce all'ipopituitarismo alcune psicosi con grave decadimento mentale, epilessia, diminuzione della memoria, difetto di attenzione e sonnolenza.

Un sintomo frequente è la poliuria che talvolta assume i caratteri del diabete insipido. Tale disturbo è stato attribuito a deficienza funzionale del lobo posteriore dell'ipofisi, ma è ancora in discussione se non sia dovuto ad alterazioni delle parti cerebrali vicine.

Il grado della distrofia adiposo-genitale è in rapporto al grado di disfunzione dell'ipofisi. Quando questa è leggera si hanno le forme leggere o fruste, e così gradatamente si arriva fino alla sindrome tipica di Froelich. Nei casi avanzati si ha anche la cachessia.

Molti dei sintomi della distrofia adiposo-genitale sono dipendenti dalle disturbate relazioni funzionali fra l'ipofisi e le altre glandule sistema endocrino: tipiche sono le modificazioni delle glandule sessuali e forse anche quelle del pancreas in rapporto all'alterato ricambio dei carboidrati.

La distrofia adiposo-genitale risente chiaramente gli effetti della opoterapia. La somministrazione di lobi anteriori dell'ipofisi riesce molto vantaggiosa, specie se associata a quella di preparati tiroidei. *dr.*

NEUROLOGIA.

La sciatica sacro-iliaca.

(BARRÉ e DUPREY. *Revue de Médecine*, 1920).

Gli autori hanno descritto una forma di sciatica dovuta ad affezioni dell'articolazione sacroiliaca ed alla quale hanno perciò dato il nome di sciatica « sacro-iliaca ». La detta articolazione trovasi a contatto col tronco lombo-sacrale e della sua grande branca, il nervo gluteo superiore, perciò i processi periarticolari possono ledere il nervo.

Nella sciatica sacro-iliaca vi sono due elementi, uno articolare e l'altro nervoso, dei quali, generalmente, uno è preponderante.

Il modo di inizio varia. In conseguenza di una torsione del corpo, ad es., in occasione del giuoco del tennis, si può avere uno spostamento delle faccie articolari. Il paziente avverte un dolore in corrispondenza della parte superiore ed interna della natica, emette un grido e porta spontaneamente la mano sul punto dolente. Lo stesso può accadere quando un soggetto cerca di raccogliere un oggetto stando in cattiva posizione. Il paziente cammina con difficoltà, ma nel riposo il dolore scompare. Dopo qualche tempo, in genere dopo qualche settimana, il dolore locale va calmandosi, ma compaiono i sintomi della sciatica.

Altre volte l'artralgia si inizia acutamente, senza cause apparenti, con febbre: il dolore artralgico si diffonde poi al dorso e ad uno o ad ambo gli arti inferiori. In questo caso, la regione corrispondente all'articolazione sacroiliaca è gonfia e dolente alla pressione, mentre le vertebre sono indolenti, tranne in corrispondenza dell'ultima vertebra lombare e del bordo posteriore dell'osso iliaco. Si tratta di un'artrite reumatica sacro-iliaca. Dopo qualche giorno il dolore si diffonde all'arto inferiore, alla coscia e perfino al piede.

In altri casi l'affezione si manifesta ancora più insidiosamente. I pazienti accusano dolore alla natica e difficoltà nel cammino. I segni della sciatica mancano in primo tempo, ma un esame attento rivela: atrofia dei muscoli della natica, rigidità del tratto lombare della colonna vertebrale, contrattura dei muscoli dell'anca, andatura zoppicante, elevamento della cresta iliaca; radiograficamente si nota linea articolare molto marcata, decalcificazione dei capi ossei e focolai di osteite. In questi casi si tratta di vera forma di artrite cronica, generalmente tubercolare.

Nelle affezioni dell'articolazione sacro-iliaca il dolore si può provocare con parecchie manovre facendo sedere bruscamente il paziente in modo che batta le tuberosità ischiatiche sulla sedia, facendo pressione contemporaneamente sulle due creste iliache, sulla testa o sulle spalle in modo da spingere il sacro come un cuneo tra le due ossa iliache. Spesso il paziente siede poggiando solo su di una natica. La pressione su tutta la regione glutea del lato affetto è dolorosa, non solo in corrispondenza dello sciatico ma anche sul decorso del nervo gluteo superiore. La nevralgia sciatica è localizzata particolarmente alla parte superiore della coscia, raramente oltrepassa il ginocchio, tuttavia nelle crisi parossistiche il dolore può diffondersi al piede. In questo stadio, cioè quando compare la sciatica, il dolore articolare diminuisce o scompare. Tra i sintomi obiettivi sono più frequenti la scoliosi dorso-lombare con concavità verso il lato affetto, abbassamento della spalla e riduzione dello spazio costo-iliaco. In rapporto alla ipotonia muscolare la piega gluteo-femorale è abbassata e il solco tra le due regioni glutee è deviato inferiormente verso il lato malato. Nella sciatica ordinaria le sofferenze del paziente sono più intense al polpaccio ed al piede, e la pressione sul tronco del nervo provoca un dolore acuto.

La cura locale e generale varia in rapporto alla natura del processo articolare.

dr.

CHIRURGIA.

Le ulcere della gamba.

(DELBET. *Journal des Praticiens*, n. 40, 1920).

Si tratta di una donna che presenta un'ulcerazione alla regione esterna della gamba, a livello della testa del perone; piccola lesione di apparenza assolutamente benigna. Di fronte ad una lesione simile si deve fare, senza esitazione alcuna, la diagnosi di gomma specifica, cioè a dire sifilitica, anche se la Wassermann è negativa e non si trova alcun altro segno di lues. Anzi una lesione simile può far riconoscere un'infezione fino allora ignorata. Quali sono i caratteri che debbono attrarre l'attenzione? Un semplice foruncolo, ad esempio, non avrebbe determinato una lesione simile? Sì certo, in una fase della sua evoluzione. Ma quando si interroga l'ammalata si apprende che questa lesione non è di data molto recente. È una lesione che si è iniziata come una tumefazione cutanea, senza arrossamento della pelle, che è evoluta in modo lentissimo, in circa tre mesi, con decorso quasi freddo. L'ammalata dice che soffre, ma ha potuto lavorare fino ad ora.

Dunque la lentezza dell'evoluzione allontana immediatamente l'idea che si tratti di qualche cosa simile ad un foruncolo.

Resta qualche altra ipotesi? Bisogna esaminare i caratteri di questa lesione. Prima di tutto la sua sede. C'è una regola che bisogna sempre ricordare. Le ulcere varicose occupano il territorio della safena interna, cioè a dire la parte interna della gamba, verso la metà o il terzo inferiore. Esse possono raggiungere un'estensione enorme, ma non si iniziano mai al disopra della metà inferiore della gamba.

Qui, al contrario, si tratta di un'ulcerazione situata sulla parte esterna e assolutamente alta della gamba.

Le ulcerazioni aventi questa sede sono state particolarmente studiate da Vernenil. Esse non sono nè troppo frequenti nè troppo rare. Vernenil le ha chiamate le gomme della testa del perone: ciò non vuol dire che siano gomme ossee, ma si vuole indicare con tale denominazione la loro sede topografica, a livello della testa del perone. Ecco dunque un primo carattere: la sede. Ce ne sono degli altri: Questa ulcerazione è regolarmente circolare, i bordi sono scollati, insinuando uno specillo lo si vede penetrare a più di un centimetro di profondità. Il carattere dei margini di un'ulcerazione è della massima importanza; basta in questo caso ad eliminare l'ipotesi di un'ulcera varicosa.

Quando si esamina il fondo dell'ulcerazione si vedono ancora dei piccoli detriti di un bianco giallastro. Allorchè le gomme specifiche si aprono all'esterno, ne sorte un liquido giallastro avente l'aspetto di una soluzione di gomma: dalla presenza di questo liquido gommoso è venuto il nome di gomma dato a questa lesione.

Altro carattere che deve attrarre l'attenzione è il colore dei tegumenti intorno alla lesione. Sia che si tratti di gomma, sia che si tratti di foruncolo, il colorito è rosso, ma intorno ad un foruncolo il rossore è meno rameico, più roseo, di carattere più nettamente infiammatorio. Al contrario, il colore che si trova intorno ad un'ulcerazione bacillare, tubercolare, è molto più violaceo, più livido, di una tinta che tende più o meno al violetto. Nel caso attuale si tratta di una colorazione rameica e questo colore ha importanza per la diagnosi di lesione specifica.

Bisogna ricercare la presenza di altre lesioni simili perchè sovente negli ammalati che presentano una gomma ulcerata, se ne trovano altre o nelle vicinanze o a distanza le quali formano delle tumefazioni sensibili solo alla palpazione perchè ancora sottocutanee.

È necessario, in questo caso, usare un risentimento ganglionare? Quando una gomma è ulcerata possono sempre intervenire delle infezioni secondarie. Si sa che la siflide può attaccare le ghiandole; l'ipertrofia e la sclerosi dei gangli sono frequentissime nel corso della malattia. Ma c'è un'influenza diretta di una lesione specifica terziaria sull'apparato ganglionare?

Per esempio, se siamo alla presenza di una ulcerazione della lingua, ci si domanda se si tratti di un neoplasma o di sifilide o di bacillosi. Bisogna sapere che le manifestazioni sifilitiche terziarie non determinano per sè stesse delle adenopatie. L'inverso avviene per un neoplasma o per la bacillosi. L'esame delle ghiandole ha quindi una grande importanza.

Il trattamento è molto semplice; una cura generale, specifica, per iniezioni, porterà alla guarigione in 10-12 giorni.

In opposizione a questa malattia, ecco un altro tipo di ulcera. Esso differisce dal precedente non soltanto per l'estensione, ma per una quantità di altri caratteri.

Tale ulcera è situata sulla parte interna della gamba, al disotto del terzo medio.

Si vedono intorna a quest'ulcera delle modificazioni di colore dei tegumenti che non rassomigliano affatto a quelle che abbiamo vedute nel caso precedente.

La forma di quest'ulcera si sottrae ad ogni descrizione — quello che si può dire è che essa è irregolare, mentre l'altra aveva una forma geometrica netta di ulcerazione tagliata a stampo.

Terzo carattere: i bordi di quest'ulcera non sono scollati. La pelle si continua con un piano inclinato col fondo dell'ulcerazione che non è profondo. Questo è il tipo dell'ulcera detta varicosa.

Per comprendere il valore semeiologico di questi caratteri, bisogna vedere come essi si producono e dare un rapido sguardo alla varietà di ulcere che si possono trovare sugli arti: si sa quanto siano frequenti le ulcere degli arti inferiori.

Lasciamo da parte tutte le affezioni di natura puramente cutanea che appartengono alla clinica dermatologica. D'altra parte queste affezioni non producono delle vere ulcerazioni, ma piuttosto, delle «esuberazioni». Che differenza c'è fra ulcerazione ed esulcerazione?

Si deve dare il nome di esulcerazione a una lesione segregante, nella quale l'epidermide non è distrutta in totalità, cioè a dire rimangono al fondo delle grosse cellule del corpo mucoso del Malpighi. Nell'ulcerazione invece tutta l'epidermide è distrutta e al fondo si vede il derma o il tessuto sotto-cutaneo.

Quali sono le cause delle vere ulcerazioni che si possono vedere sugli arti inferiori? Dopo l'ulcera varicosa, di gran lunga più frequente, si osservano le ulcere sifilitiche, le ulcere tubercolosi, le ulcere dovute a funghi riunite nel gruppo delle micosi, attualmente ancora mal conosciute. Infine si possono osservare ulcere neoplastiche: queste vanno poste a parte poichè non si prestano a confusione di diagnosi se non quando si sviluppino secondariamente su ulcere varicose antiche. Il che ha condotto alcune volte ad errori singolari.

Si possono dunque opporre due gruppi di ulcere: le ulcere varicose che formano un tipo e poi tutte queste ulcere di origine infettivo.

Le ulcere varicose sono state anche chiamate ulcere trofiche: si è sostenuto che esse erano dovute a lesioni nervose. Una nozione di pratica corrente, deve subito mettere in guardia contro questa teoria patogenetica. Basta mettere un varicoso in letto con le gambe sollevate per vedere guarire l'ulcera, basta farlo camminare per vedere l'ulcera riprodursi. Vi sono dunque condizioni meccaniche che non concordano con l'ipotesi di una origine puramente nervosa, ma che al contrario si spiegano assai bene con l'ipotesi di un'origine circolatoria.

In favore dell'origine nervosa di tali ulcere si era invocata la presenza di disturbi della sensibilità nelle vicinanze di un'ulcera varicosa: tali disturbi consistevano nella termoanestesia.

Era classico fare questa ricerca. Si avvicina un po' di acqua calda per vedere se il calore è percepito: si versa un po' di etere nella vicinanza dell'ulcera per vedere se il malato riconosce la sensazione del freddo. In un certo numero di casi l'infermo confonde i due ordini di sensazioni; talora non avverte alcuna differenza di temperatura.

E dunque certo che esistono disturbi di origine nervosa. Però, nella maggioranza dei casi, tutte le specie di sensibilità sono normali; quindi non si può pensare che il fattore nervoso, trofico, sia predominante. E adesso sicuro che il disturbo circolatorio è la causa principale delle ulcere varicose, il che non impedisce che i disturbi trofici intervengano secondariamente e in certe condizioni.

In qual modo le varici possono determinare disturbi di nutrizione tali dell'arto da portare ad un'ulcerazione persistente?

La ragione è semplice. Nelle varici c'è sempre un'insufficienza valvolare della safena interna, vale a dire il sangue può refluire dalla vena femorale nella safena. Il sangue può dunque, nelle vene affette da varici, circolare in senso inverso al normale ossia può, in certe condizioni di pressione, camminare verso la periferia.

Sotto l'influenza di un aumento di pressione nella cavità addominale, una colonna di sangue può oscillare per un periodo di tempo assai lungo dall'alto in basso e dal basso in alto nella safena, senza che questa giunga a svuotarsi del sangue che ha ormai perduto le sue proprietà nutritive. Questa è la prima condizione che rende la nutrizione difficile nel sistema tegumentario. Seconda condizione: In uno sforzo violento la pressione nella safena può raggiungere 26 cm. di mercurio, oltrepassando così la pressione arteriosa normale che è di 14-16 cm.

Di conseguenza il sangue non può più oltrepassare la zona capillare, c'è un periodo di stasi durante il quale la nutrizione è sospesa nel territorio corrispondente che non riceve più sangue arterioso. Questo fatto non si riflette solo sulla pelle, ma anche sul tessuto cellulare sottocutaneo e infatti nei vecchi varicosi con ulcere è facile trovare un'esperimento di questo tessuto che diviene sclerotico.

La sclerosi periferica o intrafascicolare invade anche i nervi quando i loro capillari sono attaccati dallo stesso processo.

La safena interna è una vena tegumentaria; è quindi il tegumento che soffrirà nella nutrizione. L'epidermide che è la parte più fragile è la prima a scomparire. Così si inizia l'ulcera varicosa che si sviluppa dall'estremo verso l'interno. Talora è preceduta da ipercheratosi e da iperpigmentazione. All'esulcerazione segue l'ulcerazione. Ne risulta che l'ulcera, per tale

modo di sviluppo, non avrà giammai bordi scollati, ma bordi a piano inclinato.

Nella somma invece, sifilitica o bacillare, la lesione comincia a formarsi nel sottocutaneo e si apre poi secondariamente all'esterno nel punto più sporgente. Per tale ragione i bordi sono scollati.

Altro carattere: le ulcere varicose non sorpassano mai l'aponeurosi.

In alcuni casi dànno l'impressione di essere profonde: non è che un'apparenza dovuta alla sollevazione dei margini per una specie di sclerosi ipertrofica diffusa del derma.

Si sono descritte ulcere varicose che invadono l'aponeurosi ed anche il tessuto osseo. Si trattava di vecchie ulcere sopra le quali erano venute ad impiantarsi delle ulcerazioni neoplastiche, ossia dei veri epiteliomi. Gli epiteliomi degli arti sono rari; si può dire che non se ne osservano mai dei primitivi. Si sviluppano sopra lesioni preesistenti, come dei nervi, più frequentemente su lesioni pregresse di ordine traumatico, cicatrici di ustioni, fistole di osteomielite. Altra condizione è data dalla presenza di ulcere varicose, così come nello stomaco si vedono sviluppare dei cancri intorno ad ulcere callose.

Le ulcere sifilitiche e le tubercolari, in evoluzione, hanno per carattere essenziale l'avere margini scollati.

Le forme sifilitiche si aprono ordinariamente con un foro circolare: è il tipo delle ulcerazioni a stampo.

Le ulcere tubercolari invece si aprono in modo del tutto irregolare che sfugge ad ogni descrizione. Quando si hanno ulcere sifilitiche multiple e confluenti, si forma da esse un'ulcera a contorni policiclici di cui cioè i bordi risultano di una serie di segmenti di cerchio aventi presso a poco il medesimo diametro. Questo carattere non permette però di affermare la natura sifilitica di un'ulcerazione. Augusto Broca, infatti, ha notato come le ulcere varicose succedano spesso a pustole di ectima ciascuna delle quali ha una forma arrotondita: tali pustole possono divenire confluenti e per un certo tempo il contorno dell'ulcera può essere nettamente policiclico. Tale carattere ha dunque importanza secondaria.

I caratteri differenziali delle affezioni micotiche non sono ancora ben conosciuti. Tuttavia ciò che colpisce in tali affezioni sono le alternative straordinarie di regresssione e progressione. A pochi giorni di distanza si trovano i punti ulcerati completamente cicatrizzati e otto giorni appresso avviene l'inverso. Questi fenomeni non si osservano mai allo stesso grado nelle ulcerazioni sifilitiche o tubercolari.

Fatta la diagnosi di ulcerazione varicosa, bisogna ricordare che si può ottenere la cicatrizzazione tanto più facilmente quanto meno marcati sono i disturbi trofici secondari.

Se ci sono disturbi di sensibilità spiccati, se c'è un ispessimento considerevole del derma e del tessuto cellulare sottocutaneo, la cicatrizzazione sarà difficile ad ottenere, checchè si faccia.

In caso contrario, modificando le condizioni circolatorie, le ulcerazioni guariranno. Ciò si otterrà mettendo il malato in letto, a gambe sollevate: l'infermo guarirà quale che sia il medicamento, a condizione che esso non sia almeno nocivo. Disgraziatamente medicamenti nocivi abbondano nella farmacopea chirurgica.

Si sa altresì che, ristabilite le cattive condizioni circolatorie, dopo che i malati si saranno alzati e cammineranno, l'ulcera si riproduce. Se si vuole quindi guarirla definitivamente, bisognerà modificare in modo permanente le condizioni circolatorie. È necessario perciò fare l'anastomosi safeno-femorale.

Quando le alterazioni del derma e del sottocutaneo sono molto inoltrate, il che rende la guarigione assai difficile, si sono tentati degli innesti ma i risultati di ale cura non sono molto durevoli.

Nelle ulcere sifilitiche la cura generale specifica apporta la guarigione in modo meraviglioso.

Nelle ulcere bacillari sono necessari interventi chirurgici che variano a seconda dell'origine e dello stato generale. SCELBA.

CENNI BIBLIOGRAFICI

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione

I. BOAS: *Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten.* (VII edizione). — Lipsia, G. Thienne, 1920. — Prezzo M. 138.50.

Non alla portata del medico pratico sono tutti i mezzi di indagine delle malattie dello stomaco e l'A. riconosce come non ancora abbastanza penetrati siano nella mente dei medici alcuni elementi scientifici di particolare importanza per la diagnosi e terapia delle malattie dello stomaco. Solo con la conoscenza di alcuni punti fondamentali è possibile iniziare lo studio dei più difficili problemi che si presentano in tale campo della patologia.

Alla esposizione dei metodi di indagine e dei principî generali di terapia segue una trattazione delle malattie dello stomaco con speciale riguardo all'ulcera gastrica, al carcinoma gastrico ed ai disturbi della motilità dello stomaco.

TR.

F. LUST: *Diagnostik und Therapie der Kinderkrankheiten.* 1ª ediz. 1 vol. in-8 picc. di pag. VIII-471. — Berlino e Vienna, Urban e Schwarzenberg, 1920. Rilegato. — Prezzo M. 70.

È un'ottima guida diagnostica e terapeutica per i medici pratici, usata per i corsi di pediatria nell'Università di Heidelberg.

Nella parte diagnostica molto sviluppo è assegnato alle malattie esclusivamente o prevalentemente infantili, mentre brevi richiami sono consacrati a quelle che competono anche alla clinica medica generale. La terapia fa poco affidamento su i farmaci, nell'uso dei quali l'A. suggerisce costantemente molta cautela. L'A. dà notizia di molti rimedi di un valore dubbio, ma imposti dalla *réclame*, unicamente perchè i medici pratici desiderano esserne informati. Molto posto è fatto invece alla terapia igienica e dietetica — quest'ultima pur troppo difficilmente realizzabile ancora in Germania. — Un capitolo tratta della tecnica terapeutica ed un'intera sezione delle prescrizioni farmacoterapiche in rapporto all'età (l'A. si limita opportunamente a tre stadi: prima infanzia o periodo dell'allattamento, seconda infanzia ed età scolastica). In appendice sono presi in esame gli avvelenamenti più comuni all'infanzia e la loro cura. È dato un elenco degli istituti di cura per bambini in Germania.

Nel corso di un anno il lavoro è giunto alla 2ª edizione.

V.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

88ª riunione annuale della British medical Association.

La meningite cerebro-spinale.

I. A. ARKWRIGHT. — La ricorrenza di epidemie di meningite cerebro-spinale durante la guerra, ha condotto a numerosi studî anche di notevole importanza, che chiariscono, da un punto di vista generale certi problemi sulla classificazione dei batteri, la variabilità di questi, le relazioni dei germi patogeni con quelli non patogeni.

Diagnosi e classificazione dei meningococchi. — Trattasi di questioni importanti perchè da esse dipende la possibilità di riconoscere il meningococco nel naso-faringe; si può ricorrere a tre mezzi: 1° morfologia dei cocchi, e caratteri delle colture, compreso lo studio delle proprietà fermentative; 2° agglutinazione con un siero polivalente, con o senza assorbimento (saturazione) delle agglutinine; 3° agglutinazione ed assorbimento delle agglutinine con un siero monovalente.

È noto che i meningococchi possono essere divisi per mezzo dell'agglutinazione in due o più gruppi: l'accordo però non è ancora raggiunto nè sulla definizione dei due gruppi principali nè sul numero e sui caratteri distintivi dei sottogruppi. Gordon, p. e., ammette che il 98 % dei meningococchi possa rientrare in quattro gruppi affatto distinti con la semplice agglutinazione, risultati confermati dall'assorbimento delle agglutinine.

Ribattono invece Griffith e Scott, asserendo che non tutti gli stipiti rientrano in questa classificazione, la quale ha il difetto di essere artificiale e dovuta solo alla scelta di stipiti per la produzione dei sieri. Quanto più poi si esagera nella finezza delle suddivisioni, tanto più si riscontrano caratteri di affinità che rendono incerta anche la classificazione nei due gruppi principali. Questo si riscontra specialmente nei meningococchi del naso-faringe, che mostrano affinità con entrambi i gruppi principali e che possono venire diagnosticati con i soli mezzi culturali.

Posizione generale della diagnosi sierologica. — L'O. esamina la questione del perchè un determinato microrganismo possa considerarsi patogeno e causa di una determinata malattia. Tale asserzione si basa su criterî di analogia e sopra argomenti concludenti, che sono di specie e valore differenti secondo i casi. Così, p. e., per il bacillo del tifo non si riproduce la malattia negli animali, mentre la prova è data dalla presenza del bacillo nel sangue, dalla comparsa di anticorpi, dalle infezioni di laboratorio. Per il bacillo dissenterico si osserva che produce nei conigli lesioni analoghe a quelle dell'uomo.

Il meningococco non provoca alcuna malattia negli animali: il suo potere patogeno è provato dalla costante presenza nelle meningi e nel liquido cerebro-spinale, in una certa classe di meningiti, con determinati caratteri clinici ed anatomo-patologici. Comunque, il potere riconoscere ed identificare un determinato germe, anche dopo che esso è stato allontanato dall'organismo, è que-

stione di notevole importanza; ciò è abbastanza agevole con il bacillo del tifo, che ha caratteri definiti e reazioni agglutinanti uniformi.

Valore dell'agglutinazione. — Nonostante tale uniformità vi sono delle eccezioni: vi sono, p. e., stipiti di bacilli tifici e dissenterici Shiga che non sono agglutinabili. L'identificare poi degli stipiti di paratifo B o di dissenterico Flexner, oppure dei germi colerici o paracolerici per mezzo dell'agglutinazione può offrire difficoltà insormontabili. Vi sono paratifi B isolati da febbri tifoidi dell'uomo, che non vengono agglutinati dal siero corrispondente e lo sono invece da sieri ottenuti con altri stipiti dello stesso bacillo. Analoghe difficoltà si presentano per il bacillo dissenterico, per il quale però vi è il vantaggio che molti stipiti, scelti in base alle reazioni fermentative, vengono agglutinati dal bacillo Y di His e Russel.

Assorbimento delle agglutinine. — Questo metodo escogitato dal Castellani per gli streptococchi è stato poi esteso ad altri microrganismi. Così Uhlenluth e Bainbridge hanno dimostrato che il gruppo paratifo B e bacillo di Aertrycke può essere suddiviso in almeno nove sottogruppi. Analoghe osservazioni sono state fatte per i bacilli dissenterici. L'adozione quindi di tale metodo come classificazione condurrebbe ad una eccessiva suddivisione per gli scopi pratici: esso deve quindi essere considerato soltanto come criterio finale ed anche non infallibile, avendo anche il difetto che mediante esso vengono uniti germi che sono altrimenti separati e si formano connessioni crociate che ingenerano confusione. Oltre a ciò esso è più complicato che la semplice agglutinazione e quindi più facilmente soggetto ad errori.

Sarebbe ad ogni modo da studiarsi quale relazione hanno l'agglutinazione e l'assorbimento con l'infettività, la virulenza, la produzione di tossine, che in qualche caso subiscono variazioni indipendenti. Si osserva poi nella fattispecie che i casi di meningite cerebrospinale, associati con tipi di meningococchi, differenti sierologicamente, non mostravano sensibili differenze cliniche.

Per quanto riguarda il meningococco, l'assorbimento delle agglutinine venne usato particolarmente da Gordon, che escluse, in tal modo, molti stipiti provenienti dal naso-faringe e potè stabilire i gruppi III e IV; altri trovarono che il gruppo II può venire suddiviso in tre sottogruppi. In complesso si può ritenere che il metodo è assai complicato, di esecuzione difficile, lungo ed incerto come base per una classificazione. D'altra parte, la conoscenza dei sottogruppi avrebbe importanza solo se conducesse alla produzione di un siero nettamente specifico.

La questione dei portatori va in ultima analisi connessa con quella della specificità dei meningococchi isolati dal naso-faringe, riguardo ai quali sarebbe ancora arbitrario affermare o negare l'inclusione nel gruppo. Del resto l'isolamento potrà farsi solo se si trova un numero ristretto di portatori; è impossibile pensarvi se questi si trovano in proporzione elevata (anche nel 50 % fra i non-contatti).

Allo stato attuale delle nostre conoscenze si procederà alla ricerca ed all'isolamento dei portatori soltanto in circostanze eccezionali: anche il problema della disinfezione dei portatori non ha finora ricevuto conveniente soluzione.

Sieri terapeutici. — I metodi di preparazione, la scelta di sieri mono- o polivalenti sono ancora oggetto di ricerca e nulla vi è di deciso in proposito. Manca tuttora una prova di laboratorio, che possa fornire indicazioni certe sul valore terapeutico del siero e le opinioni dei diversi ricercatori sono discordi. In linea generale, l'O. ritiene più efficace e sicuro il siero polivalente.

M. H. Gordon. — 1° *I componenti patogeni del meningococco.* — L'O. osserva che gli stipiti più virulenti, dopo uccisi, non manifestano proprietà tossiche diverse da quelli meno virulenti. In nessun modo è stato possibile trovare una esotossina: i costituenti patogeni debbono quindi essere endocellulari: tre di essi possono venire isolati; l'uno è un *enzima riducente* (*riduttasi*), per mezzo del quale il meningococco esercita un'energica azione disossidante sull'ambiente che lo circonda. Esso resiste a 55° (temperatura che uccide il meningococco), ma viene distrutto a 70°, in 30 minuti. Di solito questa riduttasi non sopravvive a lungo dopo la morte del meningococco e per tale proprietà fornisce un buon indice macroscopico per conoscere se un mezzo di colture è più o meno conveniente; esso è più evidente quando il meningococco è sospeso in siero o liquido cerebrospinale, che in soluzione fisiologica od in acqua distillata, e scompare rapidamente in presenza di disinfettanti.

Un secondo costituente è l'*emolisina*, che si mostra in circostanze differenti che la riduttasi: mentre questa si trova particolarmente nei meningococchi giovani, l'emolisina si trova a preferenza in quelli vecchi. Resiste a 120°, è solubile in alcool, acetone e non in etere; l'estratto alcoolico ed acetonico, evaporato, è solubile in soluzione fisiologica.

Il terzo costituente è l'*endotossina*, che, dopo la morte del meningococco, può venire messa in libertà dall'enzima autolitico del germe stesso. Può venir concentrata e disseccata; in tale stato uccide il topo alla dose di pochi milligrammi. Resiste a 100°, alle soluzioni diluite di soda caustica, è solubile in acqua, ma apparentemente insolubile in alcool ed in etere.

2° *Tipi sierologici.* — Con l'agglutinazione macroscopica (per 24 ore a 55°), e l'assorbimento delle agglutinine, si possono distinguere quattro tipi di meningococchi; l'80 % appartiene ai primi due, il rimanente agli altri due. Anche i meningococchi provenienti da altri paesi (Stati Uniti) e riscontrati nei bambini appartengono a un di presso nella stessa proporzione ai primi due tipi. Mediante l'assorbimento delle agglutinine, il tipo II si dimostra assai complesso.

Di regola, ogni ammalato o portatore ha un solo tipo di meningococco. Il tipo I corrisponde al vero meningococco, il II al meningococco di Dopter; la prova delle coagglutinine dimostra una stretta relazione fra il tipo I ed il III, fra il II ed il IV e fra questi ultimi due ed il gonococco.

Lo studio con i sieri agglutinanti monotipici

dimostra che i *germi isolati dal naso-faringe, sebbene identici per morfologia, e caratteri culturali e fermentativi al meningococco vero, ne differiscono per le reazioni sierologiche.*

3° *I portatori e la profilassi.* — Durante un'epidemia, il numero di questi si eleva moltissimo, fra i contatti come anche fra i non-contatti; la maggior parte però si libera presto dai meningococchi, alcuni invece, per ragioni ignote, li portano per mesi e per anni, senza che si sia trovato alcun metodo per liberarli. Il tipo di meningococco, presente nei portatori è lo stesso di quello degli ammalati. Gli studi di Flack e Glover hanno dimostrato che l'epidemia può venire preceduta da un aumento nel numero dei portatori, quindi la ricerca di questi con il semplice sistema di strofinare il naso-faringe con un tampone di cotone, può avere grande importanza. Il grande numero di portatori può altresì essere indice di sovraffollamento; rimediando a questo, si ottiene pure diminuzione nel numero dei portatori. Normalmente questi si trovano nella proporzione del 5 %, e salgono anche ad oltre il 60 % nell'acme di un'epidemia; la proporzione del 20 % indica già un pericolo.

Grande importanza nella profilassi ha il fattore sovraffollamento, a cui si deve senz'altro porre rimedio. Quando ciò non sia possibile, si ricorra all'inalazione di solfato di zinco, facendo stare gli individui per 5 minuti in una stanza in cui è stata polverizzata un'abbondante quantità di soluzione al 2 % di solfato di zinco.

Trattamento specifico. — L'efficacia del siero è provata dal fatto che nelle ricerche dell'A., fra i militari, che avevano a disposizione migliore qualità di siero, la mortalità è stata del 35 %, contro il 60 % nella popolazione civile dello stesso sesso ed età. L'efficacia clinica però non è dovuta nè alle agglutinine, nè alle opsonine, nè alle sostanze fissatrici del complemento, ma piuttosto alla antiendotossina. I miglioramenti nella produzione del siero debbono quindi anzitutto riguardare la scelta dei tipi con speciale riguardo alla produzione di endotossina, per poter ottenere dei sieri con la massima possibile concentrazione di antiendotossina.

T. G. M. HINE. — *Sul trattamento con il siero.* — Le osservazioni fatte durante le recenti epidemie dimostrano che con l'uso razionale di buoni sieri la mortalità è diminuita. Il siero deve essere molto attivo e va somministrato precocemente; la sua efficacia dipende dalla quantità di endotossina presente. La mortalità è minore con i tipi I e III, massima con il IV. È di grande importanza l'accertamento del tipo di meningococco, e sarebbe necessario trovare per il tipo II un siero attivo come quello che possediamo per il I.

È assai importante nel trattamento somministrare notevoli quantità di siero e non arrestarsi al primo miglioramento, ma ripetere l'iniezione almeno per quattro giorni di seguito.

C. W. PONDER. — Ha trovato in tempo in cui non eravi epidemia, il 38 % di portatori, percentuale superiore a quella riscontrata da altri autori fra i contatti. Ne conclude che la ricerca e l'isolamento dei portatori è misura senza alcun valore.

I. A. GLOVER. — *I portatori e la profilassi.* — Nella trasmissone ha grande importanza il sovraffollamento; nella profilassi si dovrà dunque badare specialmente ad una ventilazione efficace, e ad una sufficiente distanza fra i letti, più che alla cubatura. Con il sovraffollamento si ha dapprima un aumento nel numero dei portatori e, quando questi raggiungono il 20 %, la comparsa di casi di meningite.

Per quanto riguarda i militari, si dovrà anzitutto aver gran cura delle reclute nei primi due mesi di servizio, isolare prontamente i casi di affezioni catarrali, particolarmente di coriza e fare disinfezioni preventive del naso-faringe con polverizzazione di solfato di zinco all'1-2 %.

Sul valore delle vaccinazioni, nulla si può dire finora di positivo; ad ogni modo esse vanno fatte prima che cominci l'epidemia, non quando questa è nel suo acme.

W. E. CARNEGIE DICKSON. — *Le vie d'infezione.* — La diffusione dell'infezione alle meningi non ha luogo per mezzo dei prolungamenti dell'aracnoide attorno ai nervi olfattivi, nel punto in cui questi passano a traverso la piastra cribriforme dell'etmoide, e nemmeno per diretta estensione della infiammazione a traverso la fossa pituitaria. Le meningi vengono invece attaccate dopo che si è verificata un'infezione dei ventricoli; i microrganismi raggiungono i plessi coroidei per via sanguigna o linfatica. La loro presenza nel sangue nei primi tempi di malattia è stata recentemente riconosciuta.

Si ha quindi dapprima una ventricolite od una ependimite: di qui l'infezione si trasmette al resto del cervello: 1° a traverso il pavimento infiammato del terzo ventricolo e l'infondibulo ed arriva così alla cisterna basale; 2° a traverso la pia che costituisce il tetto del quarto ventricolo ed i suoi forami, arrivando al midollo ed alla parte inferiore del cervelletto; 3° a traverso la gran fessura trasversa fino al lobo centrale del cervelletto, e, talvolta, a traverso la valvola di Vieussens. Si ha quindi dapprima una distribuzione basale o post-basale ed in seguito la diffusione al midollo od alla superficie del cervello e cervelletto.

I. GRAHM FORBES. — *Diplococcus crassus e meningite.* — L'O. in un caso di meningite, consecutiva a fratture della base del cranio, ha isolato dal liquido cerebro-spinale il *Diplococcus crassus* ed osserva che questo germe, abitualmente saprofitico ed a bassa virulenza deve essere penetrato direttamente dal meato uditivo esterno arrivando alle membrane cerebrali. I caratteri di questo microorganismo sono i seguenti: un po' più grosso del meningococco, sempre gram-positivo, cresce rapidamente a 20°, un po' lentamente sulla gelatina, dando poi abbondanti colonie più piccole di quelle del meningococco, grigie ad occhio nudo, brunicce al microscopio; non liquefacenti. Fermenta glucosio, maltosio, levulosio, saccarosio e lattosio; è agglutinato a 1/200 dal siero antimeningococcico.

FILIPPINI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA.

Eziologia e patogenesi del tetano localizzato alle estremità.

Il tetano localizzato agli arti è abbastanza raro, e non si può dire che i casi riportati siano completamente sicuri. Le circostanze eziologiche sono le solite: nella pratica civile il punto di inoculazione è di solito il piede, sebbene si citino casi in cui esso si trovava presso al gomito.

Ciò che è importante ritenere è che nelle contratture localizzate l'arto affetto è sempre quello in cui trovasi il punto di inoculazione. Come può spiegarsi in tal caso la localizzazione della contrattura?

L'iniezione di tossina tetanica negli animali provoca, in primo tempo, spasmi locali, che poi si generalizzano se la dose iniettata è sufficiente; trattasi dunque di evoluzione ascendente. Nell'uomo invece, di solito, tutto fa supporre che i centri nervosi siano i primi coinvolti, poichè il trisma e la contrattura del collo aprono generalmente la scena: l'evoluzione sarebbe dunque discendente.

Ora, sia nell'uomo che negli animali, i centri nervosi sono direttamente sensibili all'azione della tossina; in certi casi si sono osservati, come segni prodromici del tetano, dolori con crampi localizzati all'arto ferito. Questa prima fase, che negli animali dura più a lungo, è invece affatto passeggiera nell'uomo, in causa della ipersensibilità dei centri, specialmente del midollo, alla tossina tetanica. Quando, occasionalmente, la tossina è in quantità troppo piccola, oppure attenuata, si manifesta la reazione dei nervi periferici, e ne risulta il tetano localizzato.

Diverse ragioni militano per questa teoria del tetano localizzato dovuto all'ipovirulenza ed all'ipoinfezione. Anzitutto, in parecchi casi, il punto di inoculazione cicatrizza rapidamente e quindi non permette un lungo periodo di coltura batterica. In verità questo fatto non può essere di grande importanza, tenuto conto che il tetano generalizzato può bene svilupparsi anche dopo escoriazioni minime.

In secondo luogo, si sono osservati parecchi casi di tetano localizzato, dopo l'iniezione antitetanica, fatta subito dopo la ferita, ciò che deve aver contribuito non poco ad attenuare l'infezione. In terzo luogo il tetano localizzato ha sempre carattere benigno ed è raramente mortale. Da ultimo l'auto-osservazione di Nicolas ha quasi il valore di un esperimento; tale autore si era inavvertitamente punto l'eminenza tenare con un ago intinto di una dose infinitesima di tossina. Si sviluppò il tetano, rimasto dapprima per due giorni localizzato al pollice, ma poi estesosi gradatamente all'avambraccio, braccio, muscoli spinali e masseteri.

Le contratture divennero generali, ma si ebbe ciò non ostante la guarigione, dopo un periodo di tre mesi.

È difficile spiegare con questa teoria quei casi in cui il tetano, dapprima localizzato, si generalizza e provoca la morte. Si può pensare che la tossina, continuamente elaborata, raggiunge man mano i centri; oppure potrebbe trattarsi anche di reinfezione tetanica, nel luogo della ferita, in un soggetto relativamente immunizzato.

l. b.

Tumore rolandico e mioclonia.

Il prof. Fragnito (R. Accademia dei Fisiocritici di Siena, seduta del 27 febbraio 1920) ha riferito un'osservazione clinica riguardante un contadino di 26 anni, che per due anni sofferse di attacchi convulsivi jaksoniani del lato destro, iniziantisi in un primo periodo della malattia all'arto superiore, in un secondo all'inferiore. Nel primo tra gli accessi jaksoniani s'intercalavano brevi accessi di tremore negli arti di destra, nel secondo contrazioni cloniche dell'arto inferiore e del deltoide dello stesso lato coi caratteri di quelle del paramioclono multiplo. All'inizio della malattia vi fu un lieve indebolimento degli arti dello stesso lato.

Questo andò lentamente accentuandosi all'arto inferiore fino alla paralisi, mentre gradatamente diminuiva il mioclono fino alla cessazione e l'accesso jaksoniano in esso si estrinsecava con semplice irrigidimento tonico. Verso la fine della vita comparve pure paresi con ipertonia dell'arto inferiore sinistro e paresi dei muscoli del tronco e collo. Eravi inoltre cefalea frontale, papilla da stasi bilaterale, emianosmia a sinistra, iperestesia dolorifica generalizzata con dolorabilità alla pressione delle branche del V, specie a sinistra.

L'autopsia confermò la diagnosi clinica anche nei minimi particolari, dimostrando la presenza di un tumore dell'emisfero sinistro, che invadeva il terzo superiore della frontale ascendente, il piede della prima frontale, estendendosi al lobulo paracentrale, mentre rasen-

tava il piede della seconda frontale e quella parte della frontale ascendente che corrisponde al centro motore dell'arto superiore.

Nel caso in questione adunque erano associati epilessia parziale e mioclono parziale, quest'ultimo però limitato all'arto inferiore, fatta eccezione di qualche scossa al deltoide. L'A. porta così il contributo di un reperto inequivocabile alla dottrina della genesi corticale del mioclono. Il reperto tenderebbe a dimostrare che, perchè una lesione corticale sia capace di produrre la mioclonia, deve interessare direttamente la zona motrice e penetrare nella sua compagine. Rimane però a spiegare perchè l'epilessia non accompagni costantemente la mioclonia e la rarità della mioclonia. Non è possibile rispondere a tali quesiti. Occorre però por mente al modo vario di operare di stimoli eccitanti, apparentemente identici, su elementi nervosi la cui eccitabilità può, per cause che ci sfuggono, variare anch'essa.

L'osservazione quindi del Fragnito è interessante sotto varî punti di vista e di notevole importanza clinica. P. C.

L'herpes zoster.

Va nettamente distinto dall'*herpes* semplice, sebbene le apparenze cliniche ed istologiche di ambedue le forme offrano grandi somiglianze. Lo zoster è dovuto a lesioni dei gangli delle radici posteriori e raramente si osserva più di una volta nella vita: l'*herpes* semplice è probabilmente dovuto a neurite tossica dei filamenti terminali di un nervo cutaneo ed è spesso recidivante, sia alle labbra che ai genitali.

Lo zoster è una malattia acuta, dovuta certamente ad infezione, che si localizza sopra uno o più gangli delle radici posteriori, o sul ganglio di Gasser. Il microorganismo non è sempre lo stesso, non è quindi specifico; alcuni autori ritengono che si tratta dello stesso virus della poliomielite acuta, nella quale invece verrebbero prese le corna anteriori; altri ammettono invece una origine comune fra zoster e varicella. Altri infine hanno osservato lo zoster nel corso di infezioni streptocciche provenienti dalle tonsille.

Sintomatologia. — Nei primi stadî si osserva innalzamento di temperatura, malessere, mal di gola (H. W. Barber: *Guy's Hospital Gazette e Med. Rewiew*, settembre 1920). Sintoma costante ed importante è l'ingrossamento e la dolorabilità delle ghiandole in prossimità dell'eruzione, e prima che questa si manifesti, ciò che dimostra che tali fenomeni non sono in dipendenza di infezione piogenica secondaria delle ghiandole.

Il liquido cefalo-spinale può presentare linfocitosi od essere normale: a meno però di sifilide, tabe, ecc., la puntura lombare non è giustificata nei casi di zoster.

Estremamente raro è lo zoster bilaterale: abbastanza frequente, invece, è l'associazione con l'*herpes* catarrale delle labbra.

Trattamento. — Anzichè ricorrere ad unguenti o lozioni è più consigliabile qualche polvere essiccante a base di ossido di zinco, acido borico, amido. Di solito il dolore si calma presto con aspirina o piramidone; nelle persone di età, invece, il dolore non cede facilmente, può durare per mesi dopo l'eruzione e condurre anche al suicidio.

fil.

La cura dell'emicrania.

Fantus (*Journal American Med. Assoc.*, 7 agosto 1920) riferisce di avere ottenuto degli ottimi risultati dall'uso di una mistura di salicilato di sodio e di bromuro di potassio nella cura dell'emicrania. I migliori effetti si avrebbero quando i farmaci si somministrano all'inizio dell'accesso. L'azione del salicilato e del bromuro sarebbe inoltre ancora più sicura se fossero presi in soluzione in acqua carbonica. L' A. consiglia quindi le seguenti formole:

Salicilato di sodio . . . . . gr. 6
Bromuro di potassio . . . . » 12
Bicarbonato di sodio . . . . » 12
f. sei cartine.

Acido tartarico . . . . gr. 10
f. sei cartine.

Si sciolgono separatamente in due bicchieri la polvere alcalina e quella acida, e quindi si mescolano le due soluzioni. Si può ripetere la somministrazione a distanza di un'ora.

dr.

Il luminal nella cura dell'epilessia.

Già prima della guerra si era sperimentata in Germania l'azione del luminal (acido fenil-etilbarbiturico) nella cura dell'epilessia e si erano vantati successi sicuri.

I pochi tentativi fatti in Italia avevano dato risultati non differenti. Con lo scoppio delle ostilità e la interruzione del commercio con la Germania, nella quale il luminal si produce, furono sospesi gli esperimenti, che erano stati appena iniziati nei paesi alleati. Con la ripresa delle relazioni commerciali è stato possibile rifornirsi del farmaco, ed i risultati delle osservazioni fatte su larga scala in Italia, in America ed in Francia confermano che il luminal è un medicamento di prim'ordine nella cura dell'epilessia.

La somministrazione giornaliera, che a seconda della gravità del male può variare da 20 a 40 centigrammi, dirada e diminuisce progressivamente la intensità degli accessi fino a farli scomparire del tutto in molti casi. Durante la cura del luminal non è necessario continuare a somministrare i bromuri, che possono essere sospesi del tutto. È solo necessario che il paziente si mantenga in regime di dieta con esclusione delle bevande alcooliche e diminuzione dell'alimentazione carnea.

Il luminal preso anche per anni non provoca fenomeni secondarii di intossicazione, a meno che non se ne faccia abuso superando la prescritta dose di 40 centigrammi. Il luminal dunque ha sui bromuri incontestabili vantaggi: innanzi tutto ha un'azione anticonvulsivante più sicura ed in secondo luogo non provoca fenomeni tossici.

dr.

La glicerina borica nella paresi vescicale.

Nelle paresi della vescica e nelle ritenzioni consecutive, siano esse in rapporto ad interventi operativi sull'addome, siano derivanti da altre cause, Corbineau (*Journ. d'Urologie*, volume IX, n. 1) consiglia di usare la soluzione al 10 % di acido borico in glicerina. L'A., anzichè iniettare tale soluzione a vescica vuota, la inietta a vescica piena, ottenendo in tal modo un effetto più pronto ed evitando le contrazioni dolorose e violente della vescica.

La soluzione si inetta direttamente entro il meato, quindi senza sonda, in quantità di circa trenta cmc. Una sola iniezione è sufficiente per risvegliare la contrattilità vescicale: ¼, al massimo ½ ora dopo, si ha una minzione normale, non dolorosa.

r. s.

NOTE DI TECNICA.

Caratteri distintivi dell' "Entamoeba dysenteriae" e di altri organismi.

C. A. Kofoid, Sidney I., Kornhauser e Olive Swezy (*Arch. of Internat. Med.*, t. 24, 1919) insistono sulle nuove difficoltà risultanti dall'aggiunta alla fauna intestinale dell'*Entamoeba nana*, specie in apparenza non patogena e forma la più comune: è stata riscontrata nel 28 per cento di coliti, di fronte al 9.3 per cento dell'*E. dysenteriae* ed al 23 per cento dell'*E. coli*.

Nella seguente tavola sono riassunti i principali caratteri differenziali:

Caratteri	Entamoeba dysenteriae	E. nana	E. coli
Grandezza	6-15 μ	5-12 μ	14-22 μ
Forma	Sferoidale	Ellissoidale od ovoide	Sferoidale-ellissoidale o irregolare
Proprietà ottiche	Molto rifrangente - Glicogeno invisibile	Meno rifrangente - Nucleo invisibile - Glicogeno visibile	Ancor meno rifrangente - Glicogeno distinto
Colorazione coda-eosina	Citoplasma verde-giallo brillante, finemente granuloso - Nuclei distinti; nucleolo centrale - Glicogeno diffuso - Impregnazione rossa rapida	Citopl. verde-giallo - Nucleo indistinto: cromatina periferica - Glicogeno denso, netto - Impregnazione lentissima	Citopl. grossolanamente granuloso, bruno-giallastro - Glicogeno centrale - Impregnazione lenta
Parete cistica	Sottile, distinta	Variabile - poco distinta	Spessa - nettissima

Si trovano nelle feci spesso cisti di *Chilomastix Mesnili*. Sono in genere piriformi con una massa di glicogeno diffuso, nucleo con nucleolo subcentrale — apertura orale ad anello caratteristico carico. Somiglia, quando prende forma sferica od ellissoidale, alla *E. dysenteriae*, ma ha un diametro più largo.

Raramente si ritrova la *Waskya intestinalis* con cisti analoghe a quelle del *Chilomastix*, ma più sottili e struttura interna meno precisa.

In certe infezioni si ritrova la *Giardia intestinalis*.

Associate spesso a protozoi infettivi si ritrovano nelle feci, ove è il più abbondante degli organismi, le cisti di *Tricomonas intestinalis* di volume dai 3 ai 20 μ, di forma e affinità colorante variabili.

Infine nelle feci possono ritrovarsi cisti completamente omogene la cui natura esatta è indeterminata.

MONTELEONE.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1238) Al dott. G. Jannuzzi, Cortona:

Può riscontrare:

1. Prof. C. Poli: « Relazione sui Dispensari antitubercolari ». — Associazione Genovese per la lotta contro la tubercolosi.
2. Dott. Alberto Lutrario: « La lotta sociale contro la tubercolosi ». — Roma, 1919 (Direzione generale della sanità).
3. Dott. G. Del Duca: « Che cosa è il Dispensario, sua importanza come centro della difesa antitubercolare ». — (Colonia Maraini, Fara Sabina).

A. R

(1239) All'abbonato 1038:

Per l'estrazione dello stantuffo rimasto aderente al corpo di pompa della siringa, in seguito ad iniezione di siero, provi ad immergere la siringa in una soluzione di citrato di sodio, riscaldandola poi cautamente fin verso i 60°.

fil.

(1240) All'abb. n. 5008:

Un ottimo trattato di malattie cutanee, anche se non recentissimo, è quello di Neisser-Jadassohn, tradotto in italiano, con note ed aggiunte originali.

V. M.

(1241) Al dott. V. R. di A.:

Il trattato del Forgue è attualmente il migliore esistente in lingua italiana, nè d'altra parte ne esistono, in Francia, di migliori dello stesso tipo. Possiamo suggerire anche il Compendio di patologia chirurgica di Begouin, Lecène, ecc., tradotto in italiano sotto la direzione del prof. Alessandri, edito da F. Vallardi (II edizione, L. 250).

T. F.

DIVAGAZIONI.

Per l'utilizzazione del radium e per le applicazioni delle scienze.

Il prof. L. Ratto, ispettore-capo al Ministero di Agricoltura, sostiene su « L'Economista d'Italia » (26 novembre 1920) la convenienza di costituire, presso il Ministero della pubblica istruzione, un Consorzio Nazionale Cooperativo del Radio fra Stato, Banche, Associazioni industriali e studiosi, per incettare una forte quantità di radio dal mercato, per iniziare in Italia la ricerca e la produzione del prezioso elemento e per promuovere gli studi e le applicazioni di esso nel campo della medicina, dell'agricoltura, delle industrie e della scienza pura; il prodotto verrebbe eretto in *bene demaniale* di uso pubblico e utilizzato dagli enti e dai privati, abbonati all'uso cooperativo di esso.

Farebbero parte del Consorzio Nazionale Cooperativo varî Ministeri, Istituti scientifici universitari, Ospedali, ecc. Per il primo acquisto potrebbe provvedere un Consorzio bancario, che cederebbe poi il prodotto in locazione-vendita al Consorzio suddetto, rimanendone proprietario fino al riscatto completo, dopo di che il radio diverrebbe bene demaniale affidato in gestione al Ministero P. I. e per esso al Consorzio Nazionale, che avrebbe carattere autonomo.

Il Ratto sostiene da tempo questa forma cooperativa, fra scienziati e industriali, per la conquista delle energie naturali. Egli se n'era fatto promotore anche nel campo batteriologico per le applicazioni della batteriologia alle industrie agricole (produzione di formaggi, di vini, di foraggi fermentati, ecc., con microrganismi selezionati) e dell'agricoltura in genere (per attivare la forza germinativa delle piante mercè la somministrazione di materie, o energie, o acque radioattive al terreno, ecc.).

Nella lucida esposizione del Ratto, le cooperative scientifico-industriali, eminentemente borghesi, farebbero *pendant* al cooperativismo operaio e costituirebbero un mezzo potentissimo di ricostruzione economica.

Ma affinchè la sua ottima iniziativa venisse secondata e si traducesse in realtà e fosse coronata da successo, occorrerebbe che in Italia fossimo meno misoneisti e sovratutto che i nostri scienziati fossero meno saturi del concetto funesto ed assenteista della « dignità professorale », concetto falso che li induce a rimanere schivi dei lucri industriali e a disinteressarsi delle applicazioni economiche delle discipline da essi coltivate e professate: i nostri professori dovrebbero convincersi che la funzione statale loro affidata non si esaurisce nell'insegnamento, ma si estende a promuovere tutte le applicazioni pratiche della scienza.

R. B.

Erratum. — A pag. 1465, sin., riga quint'ultima, leggere: « ed alla cura ambulatoria... ».

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Caro-viveri e caro-stampa.

Tutto rincara. La nostra situazione internazionale è sensibilmente migliorata e va ancora migliorando, le agitazioni interne si sono placate, ma i cambi si mantengono sempre alti.

Tutto rincara. Ma nessuna industria si è resa tanto pesante come la industria cartaria e quella tipografica. Se tutti gli altri generi costano ora in media cinque volte quel che costavano prima della guerra, la carta e la mano d'opera tipografica costano dieci volte di più. La produzione libraria ha così subita una sconfortante contrazione. Ora vanno solo i piccoli libri voluttuari, pornografici, che sono acquistati largamente qualunque ne sia il costo. Gli Editori che stampano ancora libri scientifici sono dei coraggiosi che contano troppo sul desiderio di leggere degli studiosi italiani. Corrono prezzi che paragonati a quelli dell'anteguerra, sembrano fantastici. Un piccolo Manuale che prima si vendeva a quattro o cinque lire ora ne costa quaranta.

La stampa periodica medica ha forse risentito di più gli effetti disastrosi del rincaro. Parecchi periodici sono scomparsi; altri sono in agonia, hanno di molto diradato le loro pubblicazioni; ogni tanto la comparsa di qualche sottile fascicolo ne dimostra la misera vita.

Il *Policlinico* non ha mai sospesa o diradata la sua pubblicazione.

Alle prime ondate di rincaro, ha sopperito con i propri mezzi senza chiedere aumenti agli abbonati. Poi i rincari, non solo si sono mantenuti, ma si sono progressivamente succeduti: esaurite le proprie risorse amministrative, il nostro giornale ha dovuto chiedere ai propri abbonati, ma non ha mai chiesto in misura da ristabilire l'equilibrio, ha chiesto solo tanto quanto era sufficiente per continuare a vivere. I nostri abbonati ci hanno in ogni occasione dimostrato sempre la loro simpatia e la loro fedeltà, non hanno mai defezionato.

Per l'anno prossimo, costretti dall'aumento della carta, da un nuovo inasprimento delle tariffe tipografiche, abbiamo dovuto portare ancora un aumento ai nostri abbonamenti. Malgrado ciò il *Policlinico* rimane sempre il Giornale di medicina più a buon mercato. Avremmo potuto ridurre il numero delle pagine, ma il giornale avrebbe perduta la sua fisonomia, la fisonomia alla quale deve il suo successo. Avremmo potuto adoperare una carta scadente, ma non abbiamo voluto rinunziare alla nostra veste decorosa. Sebbene le circostanze ci spingano al peggioramento, noi tendiamo invece al miglioramento.

Si dovrà convenire che l'aumento del prezzo d'abbonamento al nostro giornale si distanzia con vantaggio dagli aumenti degli altri generi. I medici non si spaventeranno e non vorranno riunziare a ciò che per essi è un genere di prima necessità: un giornale che li mantenga a corrente del movimento scientifico, un giornale che ne difenda i legittimi interessi.

L'esperienza del passato ci rende fiduciosi che anche questa volta i nostri abbonati non ci abbandoneranno nella nostra faticosa impresa, nella impresa di conservare all'Italia il suo più apprezzato e diffuso periodico di medicina.

La casa di riposo per i Medici. (1)

Alcuni mesi or sono, per invito del presidente della Federazione dei Pensionati dello Stato, ho avuto l'onore di accompagnare dal Sottosegretario di Stato per l'Interno, onorevole Grassi, alcuni vecchi medici pensionati, i quali reclamavano quel modestissimo aumento alla loro pensione che era già stato concesso agli altri pensionati dello Stato, non esclusi i maestri elementari.

Non vi descriverò le condizioni in cui versavano quei nostri vecchi colleghi. Malvestiti, macilenti, pallidi: la viva espressione di ogni più dura privazione e di tutte le sofferenze morali immaginabili. Io credetti di presentarli al Sottosegretario di Stato con queste sole parole: « Eccellenza, questi sono dei vecchi sani« tari che tutti i loro anni migliori hanno speso « per curare gli altri: ora si trovano in bi« sogno. Io non voglio spendere parole ecces« sive per presentarglieli: li guardi perchè par« lano abbastanza essi stessi senza dir nulla. « E, dopo questo, se si intende negare loro « quanto chieggono lo si faccia pure ».

Sua Eccellenza ci ha congedato con un mondo di buone parole, ma intanto pei vecchi medici non si è fatto nulla.

Ma non basta! Nel decorso settembre, in Senato, si è discusso, credo per convertirlo in legge, il decreto che concedeva l'aumento di pensione alle varie categorie di pensionati statali, compresi i maestri elementari; ma anche questa volta i soli medici furono esclusi dal modesto beneficio e non un medico senatore si è trovato che abbia detto una parola in so-

(1) Comunicazione fatta al V Congresso della Federazione degli Ordini dei Medici.

stegno dei suoi vecchi, poveri colleghi: non uno! eppure i senatori medici della Camera Alta non sono pochi!

Ora, di fronte a questi avvenimenti: di fronte alla noncuranza dello Stato che per la classe medica (fino a quando?) dimostra la più olimpica noncuranza, pure facendo ricorso al suo sentimento d'umanità quando i bisogni urgono ed i pericoli di epidemie incombono, ho pensato essere giunto il tempo in cui noi dobbiamo, con le nostre sole forze, pensare a noi stessi e sopratutto provvedere alla nostra vecchiaia; quando le energie più non ci assisteranno per sostenere le fatiche del quotidiano impellente lavoro.

E perchè dunque non dovremmo creare anche noi una Casa di riposo per i medici? Abbiamo già in Italia la Casa di riposo per i veterani, esiste quella per i musicisti: non si potrebbe crearne una per noi? Vero è che nelle nostre file non abbiamo un Re Umberto I che ha dato i mezzi per creare e far funzionare la casa pei veterani; che a noi manca un Giuseppe Verdi che ha fondato la casa di riposo pei musicisti; ma ho fede che con un poco di buona volontà noi pure potremmo creare dal nulla l'istituto che io vagheggio.

Occorrerà forse del tempo ed è anche probabile che molti di noi non giungano a beneficiare della provvida istituzione. Ma questo poco monta! Purchè essa sorga ed abbia i mezzi per vivere.

E come, sento chiedermi, procurare tali mezzi? Intanto tutti gli Ordini, per invito della Federazione, aumentino di una lira l'anno il contributo dei loro iscritti, onde versarlo al costituendo fondo della Casa di riposo.

Si faccia appello agli aristocratici della nostra classe perchè facciano offerte all'Istituto e poi si chiegga al Ministero delle Finanze una Tombola telegrafica nazionale. L'hanno chiesta ed ottenuta gli avvocati, l'hanno chiesta ed ottenuta i giornalisti; perchè non dovremmo ottenerla noi? Forse che il Governo vorrà negare ai medici anche questo tenue beneficio che si risolve in un beneficio per l'erario? E, se i medici condotti faranno nei piccoli lontani centri ove esercitano, una buona propaganda al riguardo, può anche avvenire che la Tombola nazionale telegrafica chiesta da noi, abbia un esito forse migliore di tutte le altre.

Certo sarà ben necessario studiare il dove si dovranno depositare i fondi raccolti affinchè non vadano dispersi; ma questo è argomento che, pure essendo di somma importanza, passa in seconda linea.

Essenzialissimo è lo stabilire per ora, la questione di massima.

Ci sarà forse qualcuno che non mancherà di darmi del visionario e può anche darsi che io sia tale. Ma, davanti agli spettacoli pietosi ai quali ho assistito, ho creduto mio dovere di medico e di uomo di gettare il seme: a voi il farlo germogliare e fruttificare.

L'Assemblea ha affidato all'Ordine di Roma il compito di attuare la proposta, accolta con applausi unanimi.

Dott. ENRICO BALLERINI.

Cronaca del movimento professionale.

Congresso della Federazione degli Ordini dei Medici.

Come abbiamo annunziato in un precedente numero, negli ultimi giorni di novembre si è tenuto in Roma un Congresso di rappresentanti degli Ordini dei Medici, il quale è riuscito molto importante sia per il numero degli intervenuti, sia per gli argomenti trattati.

Il Congresso si è inaugurato il 25 u. s. nella Sede dell'Ordine dei Medici di Roma. Fra i numerosi presenti si notavano gli on. Brunelli, Dore, Colella e Capasso: il generale medico Santucci per la Sanità Militare; il prof. Luigi Silvagni della R. Università di Bologna e presidente degli Ordini; il segretario generale della medesima dottor Braccio Braccini; il dott. Martinelli, presidente dell'Associazione Medici Condotti; il comm. prof. Ballerini, presidente dell'Ordine dei Medici di Roma ed i rappresentanti di quasi tutti gli Ordini d'Italia.

Il presidente della Federazione, prof. Luigi Silvagni, dopo aver rivolto elevate parole di ringraziamento e saluto ai deputati presenti ed a tutti gli intervenuti, annunzia di avere esteso l'invito a tutti i colleghi deputati e senatori per averli presenti alle sedute per ottenerne la solidarietà in Parlamento. Comunica che hanno scusato la loro assenza gli on. Leonardo Bianchi, Bassini, Rattone, Cucca, Maffi, Falbo, il Sottosegretario alle Pensioni on. V. Bianchi, il senatore Mangiagalli, il prof. Sclavo ed altri. Invita quindi l'assemblea a nominarsi il presidente, alla cui carica viene, con unanime acclamazione, confermato lo stesso prof. Silvagni.

L'on. Dore scusa l'assenza dei colleghi occupati in Parlamento nella votazione per la nomina di alcune Commissioni. Reca al Congresso il saluto e la solidarietà dei deputati medici per il trionfo degli interessi della classe armonizzati con quelli del Paese.

Si procede poi alla nomina della Commissione per la verifica dei poteri ed essa risulta composta dei dottori Braccini di Nocera Umbra, Passamonti di Ascoli, Pellegrini di Como, Sava di Napoli. A segretari sono nominati i dottori Danichi di Biella e Tonioli di Bologna.

Il prof. Silvagni, assumendo la presidenza, commemora con belle parole il compianto dott. Guella, acclamato lo scorso anno quale rappresentante del Trentino e di cui ricorda l'alto patriottismo ed il valore professionale; rivolge poi un mesto pensiero alla memoria del dott. Cangitano e dei pro-

fessori Bozzolo e Ceci, rapiti durante l'anno alla scienza ed alla patria.

Giustifica l'assenza al Congresso dei dottori Domenichini e Di Castro impediti per malattia ed annunzia le dimissioni di tre consiglieri federali.

Rende conto quindi dell'opera svolta dalla Federazione accennando alla costituzione dell'*Associazione Nazionale tra i Sanitari degli infortuni*, all'agitazione dei *medici di bordo*, all'appoggio dato ai colleghi di Ascoli Piceno per l'abolizione della *condotta piena* ed alla questione dei *medici militari* riguardanti il loro stato economico e morale; nonchè la loro funzione professionale. Dice dell'interessamento della Federazione presso la Commissione all'uopo nominata perchè sia sostanzialmente modificato l'ordinamento dei medici militari e ai quali devono essere accordati miglioramenti economici ed assicurata la carriera professionale. Ricorda il fallimento di un recente concorso per 100 posti di tenente medico che ha avuto solo 12 concorrenti.

L'oratore espone le modificazioni che verranno apportate alle nuove tabelle per la così detta indennità d'arma e sostiene la necessità che sia eliminato l'inconveniente di vedere negli ospedali militari compiere opera da infermieri soldati che per quella funzione non hanno alcuna specifica preparazione.

L'oratore ricorda l'indecorosa asta indetta dalla Sanità militare a Termini Imerese e le proteste formulate al riguardo dalla Federazione; la questione della eredità Toscani la cui somma andrà a favore del Collegio-Convitto di Perugia per gli orfani dei sanitari: lamenta che per la seconda volta si è dovuto formare di autorità il Consiglio di amministrazione del Collegio degli Orfani per mancanza di rappresentanti degli Ordini.

Rileva le esigenze materiali della Federazione per soddisfare i compiti ad essa deferiti; accenna alle modificazioni che si debbono apportare allo Statuto e deplora che alcuni Ordini non ottemperino alle disposizioni di legge per la pubblicazione dell'Albo.

Chiude esprimendo il voto che i Medici d'Italia, che hanno già acquistato tante benemerenze nell'esercizio professionale, uniscano quella di predicare dovunque la pacificazione sociale la quale consenta ogni forma più eccelsa di progresso civile.

Il generale medico Santucci ringrazia il professor Silvagni per l'opera da lui data perchè le questioni riguardanti la Sanità Militare ottenessero quella soluzione che la classe si attendeva. Riafferma con calda parola la solidarietà che lega i medici della Sanità Militare ai medici civili, specialmente dopo la comunanza di vita e di esercizio professionale durante la guerra.

Il dott. Carlo Bassoni, segretario generale dell'Associazione Nazionale dei Medici della Marina mercantile spezza una lancia in favore dei medici di bordo proponendo un ordine del giorno con cui si conclude affermando che sui piroscafi mercantili non vi è oggi nessuna necessità di imbarcare altri medici all'infuori di quelli che hanno ottenuto per esami l'autorizzazione ministeriale a viaggiare; che qualora a tali medici non si creda di affidare anche le funzioni di R. Commissari per l'emigrazione, dette funzioni possono venire affidate a funzionari governativi non medici.

Le conclusioni del dott. Bussoni, dopo osservazioni dei congressisti: Calcaterra, Fischetti, Casati, comm. Ballerini, Bentivegna, Alberti, Cornelli ed altri, vengono approvate.

Nelle ore pom. del 25 si è iniziata la discussione sul tema più importante del Congresso, quello dell'*assicurazione obbligatoria contro le malattie*, che tante discussioni e contrasti ha provocato nel mondo medico. Com'è noto, tale legge, preparata dal Ministro Ferraris, il quale incaricò una numerosa Commissione degli studi preparatori, non fu presentata al Parlamento dal Ferraris per la crisi del Ministero Nitti di cui faceva parte, nè ebbe tempo di presentarla il suo successore Abbiate (che era stato *pars magna* della suddetta Commissione di studio) nei pochi giorni di sua permanenza nel Ministero. Succedutogli il Labriola la Legge fu da lui ripresa in esame ed egli annunciò che vi avrebbe apportato delle modificazioni.

I medici, per mezzo delle loro Associazioni ed Ordini, sui giornali ed in conferenze, si sono occupati nei mesi scorsi con calore del progetto Ferraris, il quale, indubbiamente, se applicato, sconvolgerebbe l'attuale Ordinamento sanitario. Tale movimento culminò nel luglio scorso, con un Congresso indetto in Roma dal prof. Silvagni, presidente della Federazione degli Ordini, al quale Congresso parteciparono molti rappresentanti di Ordini, medici condotti, medici esercenti, ecc.; i quali, dopo aver lungamente discusso, approvarono il concetto informatore della Legge ed anche la parte in essa contenuta riguardante l'ordinamento sanitario, basato sulla istituzione di medici di zona, sulla possibilità da parte degli assicurati di rivolgersi a medici liberi esercenti, sul pagamento a visita, secondo tariffa concordata con gli Ordini dei Medici.

Tale voto però, per ragioni che sarebbe troppo lungo esporre, non ha spento il malcontento contro la Legge, specialmente da parte dei medici liberi esercenti, i quali ritengono che con l'applicazione di essa sarebbero fortemente lesi materialmente e moralmente. Tale malcontnto ha esploso, nei giorni precedenti al Congresso Federale, in una rumorosa e numerosa assemblea di Medici dell'Ordine di Roma i quali hanno votato un vibrato ordine del giorno contro l'Ordinamento sanitario del progetto di legge conosciuto, e che, per quanto riguarda il servizio sanitario, non sarebbe modificato dal nuovo progetto Labriola.

Tale ordine del giorno, accompagnato da notizie inesatte su modificazioni che, come abbiamo detto, pare non esistano nel nuovo progetto in gestazione del Labriola, ha avuto eco nel Congresso Nazionale dei Medici Condotti il quale, a sua volta, ha violentemente protestato contro la minacciata menomazione dei diritti dei medici.

Abbiamo ritenuto opportuno riepilogare tali precedenti che illustrano la discussione nel Congresso Federale, di cui diamo un resoconto sommario.

Dinanzi al Congresso molto affollato e nervoso il presidente prof. Luigi Silvagni, che ne è relatore, fa una chiara ed interessante esposizione

della questione sull'assicurazione obbligatoria per la quale, nell'assemblea del luglio scorso, i convenuti approvavano i concetti informatori di quella legge. Ricorda che nel precedente convegno l'invito fu esteso a numerosissime rappresentanze anche all'infuori del ceto medico e dice che l'unico progetto che si conosceva era quello pubblicato nel marzo 1920. Assicura che non appena il progetto in questione avrà l'approvazione del Consiglio dei Ministri, egli non mancherà di comunicarlo sollecitamente a tutti gli Ordini. Informa che il ministro Labriola è disposto ad accogliere tutte le domande che i medici intendessero rivolgergli e conclude ricordando che gli oppositori al progetto sono rimasti esigua minoranza nel Convegno precedente, le cui deliberazioni, per ragioni di coerenza, non potranno essere contraddette dall'attuale assemblea.

Aperta la discussione vi partecipa primo il dottor Dal Prato di Firenze, il quale rileva subito che l'argomento è così importante che va risolto nell'interesse di tutti in questa sede in cui sono rappresentate tutte le classi dei sanitari.

Il dott. Giglioli di Firenze, per quanto in genere sia contrario alle sospensive, tuttavia nel caso attuale è favorevole che si interpelli il Ministro del Lavoro.

Il dott. Guastalla di Mantova espone le ragioni per cui, nel recente Congresso dei Medici Condotti di Napoli, si inviò, dietro false informazioni, un telegramma di protesta al Ministro Labriola.

Il dott. De Gregorio di Roma è contro la sospensiva ed informa i colleghi dell'ordine del giorno approvato dall'Ordine dei Medici di Roma in una numerosa ossemblea nella quale si è voluto protestare contro la sicura menomazione degli interessi dei liberi esercenti qualora venga attuato l'Ordinamento sanitario della Legge Ferraris che, secondo notizie attendibili, sarebbe conservato nel progetto Labriola. Ricorda che nel convegno di luglio egli, quale rappresentante dell'Ordine di Roma, si espresse in senso contrario al progetto di legge, e, pur restando in minoranza, votò contro. Espone le ragioni per cui crede che siano fortemente minacciati gli interessi dei liberi esercenti; sostiene come sia poco opportuno affrontare un problema formidabile che sconvolgerebbe l'attuale organizzazione per l'assistenza sanitaria in un momento in cui l'Italia è in piena crisi per gravi problemi internazionali ed interni; in via subordinata invoca che qualora per ragioni politiche voglia presentarsi un progetto di assicurazione contro le malattie, esso debba procedere per gradi e salvaguardando l'interesse di tutti i medici. Crede che ciò possa ottenersi solo limitando il numero degli assicurati e degli assistiti, con la libera scelta del medico e col pagamento capitario, *à forfait*. Conclude esortando il Congresso a tener conto nel suo voto della unanime voce di protesta che i liberi esercenti elevano specialmente nei grandi centri, da Napoli a Roma, a Firenze, a Genova, a Milano.

Il dott. Fatichi di Firenze, come presentatore dell'ordine del giorno di Napoli, si sente in dovere di dimostrare come l'operato del Congresso dei Medici condotti era giustificato.

L'on. Capasso, nell'annunziare che il gruppo medico parlamentare sarà lieto di conferire con i colleghi intervenuti al Congresso, riferisce un abboccamento da lui avuto col Ministro Labriola, il quale si è dimostrato addolorato delle false notizie fatte circolare a Napoli sul progetto di legge. L'on. Capasso dà in merito consigli ai colleghi e assicura che nel progetto è curata l'indennità residenziale e il pagamento a visite.

Martinelli, presidente dell'Associazione Medici Condotti, riconosce che l'ordine del giorno di protesta votato a Napoli fu provocato da notizia infondata.

Telesforo di Foggia riferisce quanto è avvenuto nella sua provincia, i cui liberi esercenti hanno iniziata un'agitazione per veder manomessi i loro diritti dal nuovo ordinamento sanitario, che favorirebbe invece i soli medici condotti.

Giglioli di Firenze deplora la mancanza di riguardo del Governo verso la classe, alla quale ha tenuto nascosto il suo progetto.

L'on. Brunelli rivendica alla sua attività il diritto accordato alla classe di avere una propria rappresentanza in seno alla Commissione.

Per ultimo il comm. Ballerini, presidente dell'Ordine dei medici di Roma, chiarisce le ragioni che hanno determinato l'approvazione dell'ordine del giorno approvato nell'assemblea di Roma.

Il giorno 26, sotto la presidenza del prof. Silvagni, si riprende la discussione sulla *assicurazione obbligatoria contro le malattie.*

Il prof. Calcaterra di Genova afferma che attualmente esiste tra i medici uno stato di giustificata diffidenza verso la futura legge.

Il prof. Baroncini di Bologna illustra i desiderata dei medici manicomiali.

Il dott. Belli di Arezzo divide l'azione da esplicarsi in due direttive. Lamenta la mancanza di metodi di lotta, non delineati da parte della Federazione degli Ordini, in confronto all'Associazione Nazionale dei Medici condotti, che è organizzazione a carattere sindacale e ritiene purtroppo vi sia conflitto di interessi fra medici condotti e liberi professionisti.

Il dott. Gandolfi di Piacenza sostiene che il progetto della legge delle assicurazioni costituisce una delusione per gli operai e un danno enorme per la classe medica.

Il dott. Braccini di Nocera Umbra polemizza coi precedenti oratori meravigliandosi specialmente che qualcuno abbia svalutato l'importanza del convegno di Roma del passato luglio, il quale, oltre le rappresentanze degli Ordini, conteneva quelle di tutte le altre categorie di sanitari. Perciò il voto uscito da quel convegno è, a parere suo, ben più importante di qualunque altro.

La discussione si allarga e vi partecipano con notevoli discorsi, svolgendo rispettivi ordini del giorno, i dottori: Sardi di Pisa, Percaccini di Verona, Morelli di Teramo, Oriani di Vicenza, Roddoni di Cremona, Fischetti di San Remo, Morandi, Trulli ed altri. Infine il presidente prof. Silvagni riassume lucidamente la discussione dopo di che dà lettura dei numerosissimi ordini del giorno pervenuti alla Presidenza.

Dopo una breve sospensione della seduta per dar modo di accordarsi su di un solo ordine del giorno, l'assemblea approva per appello nominale ed all'unanimità il seguente ordine del giorno concordato:

« Le Rappresentanze degli Ordini dei Medici d'Italia, riunite in Congresso federale, discussa la questione dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie, riaffermando i capisaldi delle aspirazioni già espressi nel memoriale presentato dalla Presidenza della Federazione al Ministro competente, richiedendo la rappresentanza proporzionale di categoria nella Commissione per il regolamento, deliberano che siano riconvocate le rappresentanze degli Ordini dei Medici appena sarà comunicato il progetto per un esame completo prima della discussione parlamentare: che i capisaldi del progetto devono tutelare gli interessi morali ed economici di tutte le categorie dei Medici; che sarà con tutta energia impedita l'applicazione della legge qualora essa venga in definitiva approvata con evidente lesione del decoro, dei diritti acquisiti, degli interessi economici dell'intiera classe ».

Dopo l'approvazione di quest'ordine del giorno il Congresso dà mandato al presidente prof. Silvagni di provvedere nel modo più degno alle onoranze da tributarsi ai medici caduti in guerra, previ accordi coll'Ordine di Padova e con la Sanità Militare.

Nella seduta pomeridiana, alla quale assistono sempre numerosissimi congressiti, si inizia la discussione su altro tema di grande importanza: *Per la costituzione di un Sindacato Medico Italiano*.

Sull'argomento riferisce il dott. Morandi di Milano, il quale sostiene la tesi che la funzione sindacale medica si svolga indipendentemente dagli altri organismi allo stesso scopo esistenti.

La discussione in merito si fa ampia e interessante. L'argomento appassiona i congressisti i quali hanno pronunziato notevoli discorsi, tra cui quelli dei dottori Garosci di Torino, Danione di Novara, Percaccini di Verona, Ronconi di Cremona, Giglioli di Firenze, Tonelli di Parma, Billi di Arezzo, Oriani di Vicenza, Telesforo di Foggia, Buda di Lucca, Calcaterra di Genova, Fischetti di Bologna, Bencivegna di Palermo, Tallarico di Salerno, Salpietra, Martinelli, Dalparto, Braccini ed altri molti.

Dalla discussione emergono tre tendenze: l'una contraria a qualsiasi forma di sindacato medico; la seconda favorevole à dare funzioni sindacali agli ordini in cooperazione coi sindacati esistenti; la terza tendente a promuovere i sindacati indipendentemente dagli Ordini, perchè ne rafforzino e completino l'azione di difesa. I dottori Dalprato e Braccini sostengono con efficaci discorsi la necessità che la funzione sindacale si svolga in armonia con la *Confederazione generale del lavoro*. A conclusione della interessante discussione l'assemblea approva un ordine del giorno recante le firme di Darosci, Oriani, Ronconi, Martinelli, Morandi. Esso è così concepito:

« Il Congresso: ritenuto che la principale ragione d'essere degli Ordini e della Federazione debba consistere nella difesa sindacale di tutti gli interessi di classe; delibera che gli Ordini assumano apertamente direttive sindacali, coordinando l'azione dei sindacati e delle organizzazioni di categorie esistenti nelle rispettive Provincie e promuovendone la formazione ove occorrano ».

L'approvazione di quest'ordine del giorno viene seguita da un lungo applauso.

Si approva poi il *bilancio preventivo* esposto con dettagliata relazione dal dott. Braccini, nonchè il risultato della sottoscrizione indetta per onorare il dott. Raffaele Paolucci per l'affondamento della *Viribus Unitis* colla fondazione di una borsa di studio a favore di un orfano di medico ricoverato al Collegio di Perugia, la cui gestione è stata fatta dall'Ordine di Roma a mezzo del suo presidente prof. comm. Ballerini.

Giorno 27: nelle ore antimeridiane si procede alla votazione per la elezione di tre consiglieri in sostituzione dei dimissionari, e s'inizia la discussione sulle proposte della Presidenza per un aumento di L. 4 della quota federale. Con tale aumento si rende possibile la pubblicazione di un Bollettino Federale, organo della Federazione, da distribuirsi a tutti i soci iscritti negli Ordini, e l'assunzione di un segretario stipendiato il quale dovrebbe attivamente ed esclusivamente occuparsi della organizzazione e propaganda. Le proposte della Presidenza, dopo lunga discussione, vengono approvate.

Il prof. Silvagni informa che il Ministro Labriola riceverà nelle ore pomeridiane una rappresentanza di Medici per intrattenerla sul progetto di assicurazione contro le malattie.

Nelle ore pomeridiane il Congresso continua lo svolgimento del suo numeroso ordine del giorno.

S'intrattiene a lungo sulla riforma delle *tariffe giudiziarie*, sempre promessa e non ancora ottenuta, malgrado le energiche pressioni esercitate sia dalla Presidenza della Federazione, sia dall'Ordine di Roma.

Si prende atto di nuove assicurazioni date dall'attuale Ministro di Grazia e Giustizia circa la sollecita presentazione alla Camera delle modificazioni proposte dalla Commissione, che da tempo ha espletato i suoi lavori, e si dà mandato alla Presidenza di iniziare senz'altro una energica azione ostruzionistica qualora le promesse non abbiano attuazione in un brevissimo periodo di tempo.

Raccoglie anche il consenso unanime del Congresso una proposta del dott. Fischetti di Porto Maurizio, perchè si facciano voti per l'assoluta proibizione dell'esercizio professionale a *medici stranieri*, quand'anche abbiano conseguito o conseguano l'esame di laurea in Italia, se non è accordata una completa reciprocità dalle Nazioni da cui tali medici provengono.

Il prof. Silvagni, di ritorno dal colloquio con S. E. Labriola, informa che il Ministro ha dato formale assicurazione che comunicherà alla Presidenza della Federazione, perchè possa essere discusso dai Medici, il progetto di legge sull'assicurazione contro le malattie, appena sarà pronto per la presentazione al Parlamento.

Il laborioso Congresso si è chiuso plaudendo al suo presidente, prof. Silvagni.

D. G.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8564) *Pensione.* — Dott. C. M. da A. — Il tempo utile per la pensione comincia a decorrere dall'aprile del 1898, tranne che Ella, iscrivendosi alla Cassa di previdenza, abbia riscattati alcuni anni di servizio precedentemente prestati.

(8565) *Abitazione - Congedo per salute.* — Dott. U. D. da A. — Non vi è consiglio legale da dare circa l'addotta mancanza di case per abitazioni. Comprendiamo che il Municipio sia obbligato a darla, ma quando effettivamente non ve ne sono, come esso può procurarla? Veda in qualche località prossima al Comune di residenza e prenda accordi con l'amministrazione per attivare un conveniente mezzo di trasporto. A causa di infermità non contratta in servizio, la durata del congedo, con supplenza a carico del Comune, può estendersi fino a tre mesi.

(8566) *Ufficiale sanitario - Nomina provvisoria.* — Dott. F. B. da S. G. I. — Ora che si possono bandire gli esami di concorso per la nomina ad ufficiale sanitario non è ammissibile che si privi della nomina provvisoria un professionista per darla ad un altro anche a titolo provvisorio. A parità di condizione è sempre preferibile che si trova già in possesso della carica. L'art. 111 del Regolamento generale sanitario, che fu una volta prorogato fino al 31 dicembre 1911 con il D. R. del 23 marzo 1911, n. 295, ha cessato di aver vigore.

Doctor JUSTITIA.

AVVERTENZA: **I quesiti pervenuti successivamante a quelli a cui si risponde nel presente fascicolo, avranno risposta nel 1° fascicolo della prossima annata, che si pubblicherà il 3 gennaio 1921. Ciò per norma di quegli associati che hanno scritto o che volessero scrivere per sollecitare riscontro.**

La Redazione

Servizio medico-militare. — All'abb. n. 2500:

Molti Comandi hanno rilasciato dei certificati sul servizio militare prestato ad ex-militari da loro dipendenti.

Però sta di fatto che il rilascio di tali attestati non è autorizzato nè codificato da nessuna disposizione ministeriale.

Ella potrebbe quindi rivolgere domanda al Ministero perchè venga autorizzato il Comando di Distretto a rilasciarle il certificato di lodevole servizio a mente del D. R. 18 settembre 1919, n. 1825.

All'abb. n. 12413:

Per il grado di aspirante medico non v'è distinzione di categorie: non può quindi farsi luogo al passaggio per cui Ella chiede informazioni.

Al dott. G. M. da A.:

Il servizio prestato presso unità sanitarie non dà diritto alla polizza di assicurazione.

All'abb. n. 1921:

Non sappiamo di quali indennità intenda parlare. Se Ella si riferisce alla indennità di servizio speciale, riteniamo che si.

All'abb. n. 12461:

Le autorità militari sono autorizzate a rilasciare ai militari in congedo certificati di carattere tecnico sul servizio professionale prestato durante la guerra. Per gli ufficiali medici li rilascia la Direzione generale di sanità militare.

M. G.

CONCORSI.

BAGNO DI ROMAGNA (*Firenze*). — 1ª condotta e direz. Ospedale Angiolani, L. 10,000 e L. 2000 per cavalc.; 2ª e 3ª condotta L. 6000 e L. 1200 per cavalc. Scad. 31 dicembre.

CAPRESE MICHELANGELO (*Arezzo*). — Condotta residenziale **unica**; al 31 dic. **Ab.** 3100; L. 8000 lorde e quattro quinquenni del decimo; indenn. caroviv.; congruo aumento per la cura dei poveri che risultassero in numero superiore a quello stabilito dall'ultimo elenco dei poveri; L. 100 (*sic*) per uff. san.; L. 100 (*sic*) per l'arm. farmac.; L. 2000 per calavlc. Servizio entro 20 giorni.

CASTEL VITTORIO (*Porto Maurizio*). — Condotta a cura piena; Comune di 1600 abitanti, senza frazioni; assegno annuo di L. 10,385 lorde, compreso caro-viveri e ufficiale sanitario. Scad. 31 dicembre.

MAIOLATI (*Ancona*). — Condotta pel capoluogo; L. 11,500 lorde, oltre indennità caro-viveri, indennità cavalc. anche per gli abbienti in L. 2400 e L. 650 se uff. san.; comoda casa con giardino. Per gli abbienti tariffa dell'O. d. M. con riduz. del 50 %. Servizio entro 30 giorni. Scad. 15 genn.

SPEZIA. *Civico Ospedale Vittorio Emanuele II.* — A tutto il 31 dicembre concorso per titoli ad anatomo patologo e batteriologo; lorde L. 6000 e diritto a quattro quinquenni di L. 500. Chiedere copia avviso di concorso alla Presidenza.

TRENZANO (*Brescia*). — Condotta; abit. 1800. Condizioni del concordato, con tariffe per gli abbienti prescritte dall'O. d. M. Scad. 31 dic.

Medico-chirurgo cerca interinato in residenza prossima Roma. Rivolgersi: De Lunghi, Farmacia Cavedoni - Roma.

Medico-chirurgo, lunga pratica professionale, testè diplomatosi dentista Ginevra, conoscenza lingue estere, volendosi dedicare presentemente stomatologia, saprà esser riconoscente a quel collega o altri che vorrà procurargli centro popoloso bisognevole dentista. Scrivere: Avv. Venturi, Viale dei Mille, 49 - Firenze.

Diffide.

Nuove diffide: Castel di Cascio (Bologna), Vacri (Chieti), S. Vito al Tagliamento (Udine), Mondario (Pesaro).

Un collega vende d'occasione ed in ottimo stato: **Ortodiagrafo Groedel**, ultimo modello, L. **4,500.** — Apparecchio per raggi X (gruppo motore 4 cavalli corr. altern. e dinamo 20 Amp., rocchetto intensivo 40 cent. scintilla, L. 17,500. — **Porta tubi X** Lambert universale, L. 950. — Microscopio Tarun, immers., 1100 diam. con tavolino traslatore, contaglobuli ed emoglobinometro, L. 1,650. — Rivolgersi prof. Galli, via Valadier, n. 53, Roma-33.

NOTIZIE DIVERSE.

La stazione antimalarica di Terracina.

Il 7 corr. venne solennemente inaugurato a Terracina un gabinetto radioterapico per la cura della malaria cronica, in esecuzione ad un ampio programma che si svolge sotto l'alta consulenza del sen. Grassi.

Il sistema radioterapico è applicato secondo le scoperte e il metodo ideato dal dott. Antonino Pais: avemmo già ad occuparcene in questo giornale.

Alla cerimonia intervennero il ministro dell'agricoltura on. Micheli, il ministro per le terre liberate on. Raineri, i senatori Indri, Mangiagalli, Santucci, il comm. Vicentini, presidente della Società per le Bonifiche Pontine e il comm. Clerici, direttore dei lavori, il medico provinciale prof. Badaloni per il Prefetto, molte altre autorità e persone competenti.

Il metodo del dott. A. Pais è fondato sul concetto che i raggi Röntgen nelle dosi comunemente usate sono distruttori delle cellule viventi (da qui il loro impiego nella cura dei tumori, per esempio), mentre a dosi attenuate producono fenomeni di eccitamento e di riproduzione cellulare. In base a tali ipotesi, il Pais eccitò gli organi formatori dei globuli rossi e notò risultati incoraggianti: pensò quindi di applicare il metodo alla cura della malaria. In questo campo era stato preceduto da altri, i quali però non avendo trovato l'esatta tecnica di dosaggio, di somministrazione, ecc., e non avendo ottenuto alcun risultato, avevano negato all'energia radiante ogni azione antimalarica.

In numerose e replicate esperienze il dott. Pais potè dimostrare che la radioterapia, specialmente se associata a piccole dosi di chinino, guarisce le forme acute anche gravissime della malaria, guarisce o migliora sensibilmente anche le forme croniche inveterate e resistenti, sia riducendo il tumore della milza, sia notevolmente migliorando lo stato generale, sia aumentando progressivamente e costantemente il numero dei globuli rossi.

Il metodo permetterà in un certo volger di tempo, se largamente divulgato ed applicato, la bonifica umana delle numerose zone malariche d'Italia.

Il metodo stesso viene ora attuato anche nella Spagna (il Governo spagnuolo ha mandato in Italia il prof. Pittaluga per rendersi edotto della tecnica).

I numerosi e colti visitatori assistettero ad una applicazione di raggi, fatta dal Pais, sopra un giovane malarico. Si tratta di cosa breve ed anche — quando sia presa pratica dell'apparecchio — abbastanza sempilce.

Dopo una visita al Circolo cittadino, ove parlarono il sen. Mangiagalli, il ministro Raineri, il comm. Clerici, il dott. Pais, ecc., la comitiva si recò alla Colonia Elena, presso il Circeo, già cominciata a bonificare ed ora attivo centro di rigenerazione da parte della Società. Ivi era pronta una eccellente colazione. Parlarono il comm. Clerici, per esporre il vasto programma della Società che redimerà le Paludi Pontine. Rispose l'on. Micheli per salutare e plaudire ai pionieri che hanno iniziato e propugnano la redenzione della vasta zona.

Corso di perfezionamento in clinica delle malattie nervose.

Nell'anno scolastico 1920-21 avrà luogo per i laureati in Medicina e Chirurgia, presso la Clinica delle Malattie Nervose dell'Università di Roma al Policlinico Umberto I, un corso di perfezionamento trimestrale, in Clinica della Malattie Nervose.

Il corso s'inizierà il 10 gennaio 1921 e saranno impartiti i seguenti insegnamenti: prof. Mingazzini: Lezioni di Clinica delle malattie nervose; professor Mingazzini: Lezioni di Anatomia clinica dei centri nervosi; prof. Fumarola: Lezioni di diagnostica e semeiotica della malattie del sistema nervoso; prof. Ayala: Lezioni di Istologia normale e patologica dei centri nervosi.

Alla fine del corso, quelli che l'avranno frequentato regolarmente e che avranno superato la prova di esame, riceveranno un Diploma di perfezionamento in Neuropatologia.

Per essere ammesso si deve fare domanda su carta bollata da L. 1.00 al Rettore della R. Università, non più tardi del 10 gennaio 1921 presentando: *a*) fede di nascita debitamente legalizzata dal Presidente del Tribunale; *b*) diploma e certificato di Laurea in Medicina e Chirurgia (anche di Università estere); *c*) quietanza di L. 200 rilasciata dall'Economo della R. Università. Si dovranno pure versare nella Cassa universitaria lire 73.90 occorrenti per sopratassa di esame di diploma, per gli esercizi di Laboratorio, per bollo e indennità. Per ritirare il Diploma gli interessati dovranno, in seguito, presentare domanda su carta bollata da L. 1.00 e versare alla Cassa universitaria L. 10.60. Iscrizioni fino al 10 gennaio 1921.

Corso pratico di Ortopedia.

Sarà tenuto dal dott. prof. F. Calot, chirurgo-capo dell'Ospedale Rothschild presso l'Istituto Ortopedico di Berck, nella sua Clinica di Parigi, al Quai d'Orsay, 69, a partire dal 17 fino al 24 gennaio 1921. Verranno impartiti insegnamenti con esercizi pratici individuali, in ragione di cinque ore al giorno, nell'ortopedia indispensabile ai pratici (divisioni: affezioni congenite ed acquisite), sul trattamento delle tubercolosi esterne o chirurgiche, sul trattamento delle fratture. Verranno date spiegazioni in spagnuolo ed in inglese per gli studenti stranieri. Tassa d'iscrizione Fr. 140.

Per combattere il tifo in Polonia.

L'assemblea plenaria della Lega delle Nazioni si è occupata dell'epidemia di tifo in Polonia che, minaccia seriamente la sicurezza sanitaria europea.

È stato deciso di organizzare subito una difesa sanitaria internazionale, inviando soccorsi in Polonia. Il delegato francese ha annunciato che il suo governo metteva a disposizione di questa campagna un milione di franchi e avrebbe presentato un progetto di legge per l'allestimento di venti sezioni sanitarie. Lord Balfour, per l'Inghilterra, ha annunciato di versare cinquantamila sterline. Seguirono subito altre offerte fra le quali quelle del Canadà per duecentomila dollari, del Belgio per mille sterline, della Grecia per diecimila sterline, della Persia per duemila sterline, dell'Olanda per centomila fiorini, della Cina per duemila sterline, della Spagna per quarantamila sterline.

Prof. Luigi Concetti.

Commemorazione letta nella Clinica Pediatrica il 9 dicembre 1920.

Con profonda commozione torniamo in questa Aula, dove pochi giorni fa, proprio giovedì scorso, abbiamo udita per l'ultima volta la parola del nostro Maestro. Con alto senso del suo dovere Egli volle venire fra voi, quando il male, che lo ha rapito al nostro affetto, era forse già in incubazione. Dopo la lezione parve indisposto, e noi dovemmo soccorrerlo. Il giorno dopo era già agonizzante! Egli è caduto veramente sul campo. Voi non avete potuto conoscerlo ed apprezzarlo il nostro Maestro. Permettete ch'io ve ne parli, permettete ch'io vi mostri quale Maestro avete perduto.

Il prof. Concetti, insieme al prof. Cervesato di Bologna, al prof. Fede di Napoli e al prof. Mya di Firenze, anch'essi scomparsi, fu il primo e più strenuo assertore nel nostro Paese dell'importanza scientifica e sociale della Pediatria. A questi quattro sommi clinici la Pediatria italiana deve tutto. Ma certamente il prof. Concetti ne era lo spirito animatore più autorevole, più apprezzato e più vivace. Non solo nel nostro Paese, ma anche all'Estero le sue parole, e nei Congressi nazionali e in quelli internazionali e presso le somme Autorità pediatriche, che tutte gli dimostravano una deferente amicizia, era altamente desiderata ed apprezzata.

Egli parlò e scrisse di Pediatria scientifica e sociale in un'epoca nella quale presso di noi lo studio del bambino era, si può dire, quasi del tutto trascurato, in un'epoca in cui il pregiudizio dominava ancora su quanto si riferiva al bambino, non solo nel mondo dei profani, ma anche in quello dei medici. Con le sue parole e con i suoi scritti Egli gettò i primi semi, che diedero poi tanto rigogliosi germogli, così che oggi la Pediatria italiana occupa nelle Nazioni civili un posto d'onore.

Fin dal 1883, mentre era pro-primario nel Reparto infantile dell'Ospedale di Santo Spirito, pubblicò il suo primo resoconto statistico-clinico su 562 casi, ivi studiati e curati con vedute moderne, primo volume di una serie di resoconti statistico-clinici, che costituiscono un'inesauribile miniera d'insegnamenti dottrinali e pratici, ch'io vi consiglio caldamente di leggere e meditare, prima di darvi al così difficile esercizio della pratica infantile.

E fin dai primi anni s'interessò con rara competenza su questioni di Pediatria sociale, come quelle che si riferiscono ai brefotrofi, alla mortalità infantile e ai mezzi più razionali per combatterla, alle istituzioni profilattiche in favore dell'infanzia, lottando con risultati così efficaci contro i pregiudizi tanto diffusi fra gli incompetenti e i profani, che la mortalità infantile in Roma, dove prima era assai elevata, è ora tanto diminuita, da collocare la nostra città sotto questo rapporto in una posizione veramente privilegiata fra le città più civili del mondo.

A Lui si deve il mirabile sviluppo dell'Ambulatorio infantile «Soccorso e Lavoro», il primo sorto in Roma e che è sempre rimasto il più rinomato, il più popolare e il più frequentato. In questo Ambulatorio una lunga schiera di generazioni fu educata alle norme più razionali d'igiene infantile.

Primario e poi direttore dell'Ospedale del Bambin Gesù, seppe dare a questo un'impronta di modernità, che prima gli mancava. Ed oggi quest'unico Ospedale infantile della città deve certamente rimpiangere la scomparsa del suo autorevole Direttore, che a sempre maggiori cose lo aveva destinato.

Durante gli anni universitari e nei primi anni della sua carriera professionale aveva acquistata, con una lunga permanenza in quasi tutti gli Istituti scientifici, una vastissima coltura in tutti i rami della Medicina. Egli fu infatti successivamente allievo interno, diligente e stimato, nell'Istituto di Clinica medica, in quelli di Materia medica e farmacologia sperimentale, di Clinica dermosifilopatica, d'Igiene, di Chimica clinica e Istologia, di Fisiologia generale, di Anatomia, Istologia ed Embriologia del sistema nervoso. Egli era divenuto così non solo un Pediatra, ma un Pediatra fornito delle più vaste cognizioni di Medicina generale.

Gli inizi della sua carriera didattica furono quanto mai umili. Egli cominciò ad insegnare in un sotterraneo dell'antica Clinica chirurgica in Via Garibaldi, e da qui passò in due corridoi nell'Ospedale di Santo Spirito, due veri corridoi, nei quali aveva concentrato la Direzione, il Laboratorio, il Reparto-bambini, il Reparto-lattanti, e persino un Reparto d'isolamento.

Tutti i suoi allievi ricordano le belle ed utili lezioni, ch'Egli teneva, nonostante la disagiata sistemazione del suo servizio clinico. Prova evidente che non sono gli ambienti lussuosi, che rendono grande un clinico!

A Lui si deve, mercè il valido appoggio del professor Baccelli, l'istituzione della Clinica pediatrica di Roma, della quale fu il primo titolare fin dal 1896. La sua Clinica divenne subito una delle più apprezzate e frequentate, non solo dagli studenti, ma anche dai medici. Egli seppe subito circondarsi di giovani valenti e capaci, come il professor Valagussa, il prof. Longo, ora direttore della Clinica pediatrica di Catania, e l'allievo suo prediletto, il prof. Spolverini, che oggi salutiamo direttore della Clinica pediatrica di Cagliari.

Con la sua così completa preparazione Egli doveva diventare un Maestro impareggiabile, e tale divenne facilmente.

Egli era un Maestro sopratutto pratico, che alle astruse teorie preferiva la realtà dei fatti. Egli educava ogni giorno i suoi discepoli alla vera medicina pratica, e le sue lezioni erano sempre uno specchio di vita vissuta al letto dei piccoli pazienti.

Anch'Egli pensava, che, come non si può concepire un pediatra, che non sia perfettamente edotto nelle questioni di medicina generale, così sarebbe in grande errore chi presumesse di diventare un buon medico di bambini senza aver prima acquistata una perfetta perizia nell'esame e nella cura

dell'adulto. Solo nell'adulto possiamo apprendere nel miglior modo le nozioni fondamentali, indispensabili di propedeutica medica. La clinica dell'adulto deve essere sempre per il pediatra, per così dire, l'alfabeto, che gli permetterà di completare la sua educazione medica con l'acquisto di nuove cognizioni, di nuove finezze ed accorgimenti di tecnica, che si riferiscono al bambino. Solo chi abbia acquistato una perfetta conoscenza nell'esame e nella cura dell'adulto, potrà, perfezionandola ancora, affrontare la clinica infantile.

Così Egli intendeva che dovesse essere lo specialista in Pediatria, e per questa ragione Egli, fra i suoi allievi ed i suoi assistenti, sempre preferiva quelli, che già avessero acquistata una perizia nella Clinica generale.

Assolutamente obbiettivo al letto del malato, non trascurava però, di fronte alla più difficile osservazione diretta del piccolo paziente, le ricerche di gabinetto. Ma Egli giudicava che queste ricerche dovevano solo completare e mai sostituire l'osservazione diretta del malato.

Giusti avvertimenti a quelli che presumono di improvvisarsi specialisti nelle malattie infantili, appena laureati o appena usciti da un gabinetto scientifico!

Chiaro nell'esposizione, con parola semplice, ma precisa e persuasiva, Egli ci faceva passare dinanzi agli occhi ad ogni lezione una lunga serie di casi clinici, dal più semplice al più astruso, dal più banale al più raro, per modo che alla fine di un suo corso chi lo aveva ascoltato, aveva acquistata una completa conoscenza della patologia infantile.

Non legato a nessuna Scuola, con la competenza che gli derivava dalle sue vaste cognizioni bibliografiche, sceglieva con eclettismo in tutti gli insegnamenti quelli che gli sembravano i migliori, i più semplici, i più logici e sopratutto (lo ripeto) i più pratici.

Parlare dei suoi lavori scientifici non è impresa facile, avendo Egli trattato con mano maestra, si può dire, tutti gli argomenti di pediatria. Accennerò brevemente ai più importanti.

Alcuni suoi lavori provano come Egli sapesse subito afferrare e comprendere l'importanza delle scoperte più notevoli della Medicina.

Così Egli fu tra i primi ad applicare in Italia la sieroterapia antidifterica, e lo studio dell'infezione difterica fu da lui sviscerato in numerose pubblicazioni, sia dal lato clinico, sia da quello epidemiologico e batteriologico.

A lui si deve lo studio di una forma di difterite, poco conosciuta, eppure assai importante, la difterite cronica e la difterite latente del naso.

A lui si deve anche l'importante scoperta, da altri intraveduta, ma da lui dimostrata, della forma actinomicotica del bacillo della difterite, ch'Egli comunicò al Congresso internazionale di Budapest: di quella forma, cioè, che assume con grande probabilità il bacillo di Löffler nell'ambiente esterno.

Egli fu tra i primi in Italia ad applicare la pratica della puntura lombare; e in un'epoca, in cui persino abilissimi chirurgi trepidavano nell'introdurre l'ago nel canale rachideo. Egli con l'esempio e col consiglio mostrò che questo metodo di ricerca e di cura poteva e doveva entrare senza alcun pericolo nella pratica abituale.

Per mezzo della puntura lombare Egli potè sviscerare l'argomento delle meningiti. Ed i suoi lavori su questo capitolo della patologia furono tanto apprezzati, ch'Egli fu scelto come relatore su tale argomento nel Congresso internazionale di Pediatria di Parigi.

Fu Egli infatti tra i primi a studiare la meningite cerebro-spinale epidemica, il cui agente etiologico, il meningococco, era stato scoperto, prima che da Weichselbaum, dai nostri Marchiafava e Celli.

Così fu Egli a studiare, insieme al Mya, la meningite sierosa, facendone rilevare l'importanza in molte sindromi nervose, che insorgono nel corso delle infezioni ed intossicazioni acute dei bambini più piccoli.

Così studiò le varie forme di meningite purulenta non meningococcica, indicandone i caratteri differenziali clinici e del liquido cerebro-spinale. La sua classificazione delle meningiti non tubercolari è oggi generalmente accettata.

Lo studio clinico della malaria del bambino fu, si può dire, iniziato da lui, e la sua competenza su questo argomento gli valse l'ambìto onore di scrivere il capitolo sulla malaria in un grande Trattato straniero, il *Trattato sulle malattie dei bambini,* di Grancher, Marfan e Comby.

Fu uno dei precursori degli studi sulle ghiandole a secrezione interna e sulla terapia ormonica. Questo era anzi un argomento, ch'Egli in special modo prediligeva. A Lui si devono gli studî, assai importanti non solo dal punto di vista scientifico, ma anche da quello pratico, sugli ipotiroidismi e sul temperamento ipotiroideo dei bambini. Su quest'argomento di patologia così moderno il suo nome si trova dovunque citato.

Un interessante studio clinico ed anatomo-patologico Egli fece sulle anomalie congenite del colon inducenti la costipazione abituale nei bambini. Di questa forma morbosa, incompletamente studiata da Hirschprung e da Mya, Egli distinse i varî tipi clinici e tre forme anatomiche.

Da Lui isolata dal gruppo delle distrofie muscolari è quella forma ch'Egli denominò «amiotrofia idiopatica diffusa» e che oggi, grazie ai contributi di altri osservatori, sembra essersi affermata col nome di malattia di Concetti.

Uno studio importantissimo Egli fece sul morbo di Oppenheim o mioatonia congenita, rilevando nell'autopsia un'atrofia con diminuzione di numero delle cellule delle corna grigie anteriori del midollo spinale, del cervelletto e anche della corteccia cerebrale. Egli, al contrario dei Clinici tedeschi, che consideravano questa malattia come una poliomielite fetale, dimostrò che si tratta invece d'un mancato sviluppo fetale di questi centri, e le sue vedute furono più tardi accettate anche da parecchi clinici tedeschi.

Sulla sindrome di Little Egli scrisse una completa monografia, ponendo in rilievo, in base a numerose osservazioni, la varia etiologia di questa forma morbosa.

E quasi contemporaneamente allo Strümpell di-

mostrò la varia localizzazione del virus poliomielitico, introducendo la più esatta denominazione clinica di polio-encefalo-mielite.

Numerosi sono i suoi scritti sulla patologia dell'apparato digerente e della nutrizione, come quello sull'atrofia primitiva infantile, sui fermenti del latte, sulle tossi-infezioni gastro-intestinali. La compilazione del Capitolo sui metodi più razionali nella cura delle tossi-infezioni gastro-intestinali dei bambini nel *Trattato di Terapia medica* del Battistini è opera sua.

Moltissime altre (superano il centinaio) sono le sue pubblicazioni. Troppo lungo sarebbe enumerarle e ancora più commentarle. Aggiungete le numerose pubblicazioni dei suoi allievi, e fra le più pregevoli quelle di Valagussa, Spolverini, Longo, Modigliani, De Villa, Santangelo, ecc., e comprenderete l'enorme mole di lavoro uscita da questa Clinica.

La gratitudine dei suoi allievi intende, appena le condizioni saranno proprizie, raccogliere in una unica pubblicazione tutti gli scritti del Maestro.

Ma un'altra opera di lui voglio da ultimo ricordarvi, il suo *Manuale d'Igiene del bambino*, un vero *monumentum aere perenne*, nel quale la competenza e l'anima del grande Pediatra trovano la loro massima esplicazione. Qui, si può dire, si trova raccolto tutto lo scibile dell'Igiene infantile, e non solo dell'Igiene fisica, ma anche di quella psichica, un argomento quest'ultimo purtroppo poco studiato anche dai più reputati pediatri. L'*Igiene del bambino* di Concetti dovrebbe far parte della biblioteca d'ogni medico. Poche volte fu scritto di più completo in una mole relativamente così piccola, come in questo Manuale.

Parlarvi del nostro Maestro come uomo è compito assai facile per chi, anche per poco, lo abbia avvicinato.

Egli era un uomo onesto e buono fin nell'intimo del suo cuore, non conosceva l'invidia nè l'asprezza. Egli avrebbe voluta la più completa concordia fra quelli che gli stavano intorno. Egli avrebbe voluto sempre veder appianate le controversie della vita. La sua era sempre una parola d'amore e di concordia.

A Lui tutti potevano rivolgersi fidenti di avere un consiglio prezioso, un aiuto valido in qualunque evenienza.

Modesto in tutte le esplicazioni della sua vita, Egli non conosceva la superbia, così facile in quelli che eccellono.

Amarezze travagliarono anche la sua esistenza, ma Egli non conobbe e non mostrò risentimento verso nessuno.

A Lui si rivolgevano i miseri, nei giorni di dolore delle loro creature, e sempre trovavano non solo il medico competente, ma anche il silenzioso benefattore e la buona parola di conforto.

Chi lo vedeva passare per i borghi di Trastevere, dove la sua fama risaliva all'epoca della fondazione dell'Ambulatorio « Soccorso e Lavoro », e osservava il rispettoso omaggio che ad ogni passo riceveva dalle madri del popolo e dai loro figli, ch'Egli aveva forse visti appena nati e che ora vedeva cresciuti per merito suo belli e robusti, comprendeva di quanta stima e venerazione Egli fosse circondato.

Egli è morto senza veder coronato il sogno della sua vita, l'apertura del nuovo Istituto di Clinica pediatrica in questo Policlinico. Quest'Istituto, che Egli volle e ideò, ch'Egli studiò fin nei minimi particolari, è un vero modello d'Ospedale infantile, nel quale dovrebbero applicarsi tutti i più moderni progressi dell'Igiene ospedaliera dei bambini. Pur non potendo forse mostrarvelo finito, spero di potervelo far ammirare nella sua razionale distribuzione secondo il concetto del Maestro. Quante volte sentimmo il nostro povero Maestro rammaricare di non poterlo forse vedere in funzione, Egli che aveva ben diritto di amarlo come cosa sua! La riconoscenza e l'ammirazione dei discepoli e degli innumeri beneficati dovranno incidere a lettere d'oro il suo nome su quest'Istituto a memoria perenne di Lui che lo ha ideato.

Pochi uomini lasciano una così larga eredità di concordi affetti e compianti fra i suoi allievi, fra i suoi conoscenti, fra i suoi beneficati; pochi uomini lasciano una così preziosa eredità d'insegnamenti, un così nobile esempio di bontà inesauribile, di operosità assidua e coscienziosa!
ziosa!

Onoriamo il nostro Maestro!

T. LUZZATTI.

Indice alfabetico per materie.

FINE DEL VOLUME XXVII° (*Sezione Pratica*)

Il fascicolo 52 contenente il frontespizio e l'indice generale sarà spedito nella prossima settimana.
Il 1° fascicolo dell'annata XXVIII uscirà il 3 gennaio 1921.

Roma, 1920 - Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, *ed. resp.*